ᐊᕐᕿᒍᑕᒫᕐᓯᐅᑎᓄᑦ ᑐᓴᕐᑎᓯᒍᑎᒃ

ANNUAL REPORT
RAPPORT ANNUEL

2010 – 2011

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᔨᑦᓯᓂᕐᓄᑦ

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK

ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᐊᓪᓚᖁᑎᖏᓐᓄᑦ / Dépôt légal / Legal deposit
ᑯᐯᒻᒥ ᐊᑐᐊᒪᖅᑲᖅᐱᐅᑦ / Bibliothèque nationale du Québec / National Library of Quebec – 2011
ᑲᓇᑕᒥ ᐊᑐᐊᒪᖅᑲᖅᐱᐅᑦ / Bibliothèque nationale du Canada / National Library of Canada – 2011
ISBN 978-2-922764-22-2
ISBN 978-2-922764-21-5 (pdf)
ISSN 1713-8930

ᐊᕐᖀᒍᓚᐅᕐᑐᒧᑦ ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑏᑦ

2010-2011

ᐁᕆᓕ 1, 2010-ᒥᑦ, ᒫᑦᓯ 31, 2011-ᒧ

ᐱᑦᔪᑎᕗᑦ

ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᕐᓱᓯᐊᕐᑯᓪᓗᒥᑦ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᑯᓪᓗᒥᑦ

ᑎᓕᔭᐅᒪᐅᑎᕗᑦ

ᐸᕐᓀᓂᖅ, ᐊᑐᐃᓐᓇᕆᕐᑎᓇᓂᖅ, ᐊᑐᓕᕐᑎᓯᓂᖅ ᖃᐅᔨᓴᕐᓂᓗ
ᐃᓄᕐᑯᑎᑦᑕ ᐱᒍᑦᔭᐅᒍᑎᖕᒥᓐᓂᒃ

ᑐᕌᒐᕗᑦ

ᐱᐅᓯᒥᐊᕐᑎᓯᒍᒪᒍᑦ ᐃᓄᕐᑯᑎᑦᑕ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕆᑎᑦᓴᖕᒥᓐᓂᒃ

ᐱᒻᒪᕆᕐᑯᑎᕗᑦ

ᐃᒻᒥᓂᕐᑭᒍᓐᓇᓂᖅ, ᔩᔨᑦᓴᓂᖅ, ᐃᓚᐅᖃᑦᑕᓂᖅ, ᐅᐱᒥᔭᖃᕐᓂᖅ
ᐱᓇᓱᑦᑎᕐᑯᑎᑦᑎᓂᒃ ᐱᓇᓱᖃᑎᖃᕐᓂᓗ ᐱᓇᓱᖃᑎᒥᒥᐊᓕᑦᑎᓂᒃ

ᓄᓇᕕᒃ: ᓄᓇᕐᔪᐊᑬᓗᒃ ᐃᓐᓄᑕᐅᓯᒪᔪᖅ 4
ᓄᓇ ᐃᓄᖏᓪᓗ 4
ᐃᓄᐃᑦ ᐃᓗᓯᖏᓐᓂᒃ ᖃᐅᔨᒪᐅᑏᑦ 6
ᓄᓇᕕᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᑐᑦᓯᒪᐅᑎᔪᑦ 7
ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ 7
ᐋᓐᓂᐊᕚᑦ 9
ᑲᑎᒫᑦ ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᔮᖓᑕ ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑎᖓ 11
ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ ᓄᓇᕕᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᑐᑦᓯᒪᐅᑎᔪᓂ 19
ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᕕᐅᑉ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ 20
ᐳᕐᑐᓂᕐᓴᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᔩᑦ 22
ᑲᔪᓯᒃᑫᔨᐅᑉ ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑎᖓ 22
ᓄᓇᕕᒃ ᑲᕙᒪ 24
ᐸᕐᕿᓂᕐᓄᑦ ᐱᔭᑦᓴᓕᕆᓂᕐᓄᓗ ᐱᒍᑦᔮᕕᒃ 28
ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑎᖓ ᒫᓐᓇᓯᐅᑎᐅᑉ ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᔮᐅᑉ 28
ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᐱᒍᑦᔮᕕᒃ 45
ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᔮᐅᑉ ᐅᖃᐅᓯᑦᓴᖏᑦ 45
ᐱᓇᓯᑦᑐᓕᕆᓂᖅ 46
ᓇᐅᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᖏᑦ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᒥᐊᖃᕐᓂᖓ 46
ᐃᑯᓪᓚᑎᑦᓯᒥᐊᕈᑏᑦ 48
ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᓇᐊᖃᕐᓂᒥᒃ ᑫᓪᓚᑐᐃᒍᑏᑦ 52
ᖃᐅᔮᓴᕐᓂᖅ ᓇᐅᑦᓯᑐᐃᓂᕐᓗ 72
ᐱᓇᓯᐊᕐᑕᐅᓛᕈᒪᔪᑦ 2011-2012 73
ᐃᓄᐃᑦ ᐱᓪᓕᕆᔭᖏᑦ ᐱᓂᐊᕐᓂᖃᕈᓯᖏᓗ 74
ᓯᕗᓂᑦᓴᓕᐅᑦᓯᐊᓂᖅ 75
ᐊᓪᓗᑦ ᐊᓂᕐᕋᓇᖕᖏᑕᒥᓄᑦ ᐃᓕᓴᓇᐊᕐᑎᑕᐅᓚᐅᕐᑐᕕᓃᑦ (IRS) ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᒃᑯᑦ
ᐃᑲᔪᕐᑕᐅᓂᕐᒧᑦ ᐱᓇᓯᑦᑕᐅᔪᑦ (RHSP) 77
ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓂᒧᑦ ᑲᑎᒫᑦ 78
ᐃᕐᓂᓯᑦᓰᓂᖅ 79
ᐃᓗᕐᕈᓯᑐᖃᑎᒍᑦ/ᐱᐅᓯᑐᖃᑎᒍᑦ ᑎᒍᐊᕐᓂᖅ 79
ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔮᕕᒃ 81
ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᔮᐅᑉ ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑎᖓ 81
ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐱᒍᑦᔮᕕᖓ ᐱᓇᓯᑦᑐᓕᕆᕕᒥ ᐱᕙᓪᓕᐊᔪᑦ 90
ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᔮᐅᑉ ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑎᖓ 90
ᓯᕗᓪᓕᐸᐅᖃᑕᐅᑦᓯᑎᒃ ᐱᒻᒪᕇᑦ ᐱᓇᓯᑦᑕᐅᓚᐅᕐᑐᑦ 2010-2011-ᒥ 91
ᐱᓇᓯᑦᑎᑖᕐᓂᒧᑦ ᖃᐅᔨᒪᐅᑏᑦ 92
ᓄᓇᕕᐅᑉ ᓯᓚᑖᓂᑦ ᐱᒍᑦᔭᐅᓂᕐᒧᑦ ᐱᒍᑦᔮᕕᒃ 94
ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᔮᐅᑉ ᐅᖃᐅᓯᑦᓴᖏᑦ 94

ᓄᓇᕕᒃ: ᓄᓇᕐᔪᐊᖄᓗᒃ ᐃᓐᓄᑕᐅᓯᒪᔪᖅ

ᓄᓇ ᐃᓄᖕᒥᓪᓗ

ᓄᓇᕕᒃ, ᐃᓄᐃᑦ ᓄᓇᖓ ᑯᐯᒻᒥ, ᐊᖕᒥᔪᐊᓘᕗᖅ, 500,000 ᒪᕐᕈᕕᓪᓗᐊᑐᑦ ᑭᓛᒥᑌᑦ ᐅᖕᒐᑖᓄᑦ ᐊᖕᒥᓂᖃᕐᓯᓂ. ᓄᓇᖕᒐᑕ ᐊᖕᒥᓂᖕᒐ ᐱᒥᐊᕐᕕᖃᓲᖅ ᓇᐹᕐᑐᓕᒻᒥᑦ ᓇᐹᕐᑐᖃᖖᒥᑐᒍᑦ, ᓄᓇᑕᖕᒐ ᐊᑦᔨᒦᖕᒥᑐᖅ ᖃᖅᑳᓗᓐᓂᑦ ᓇᐹᕐᑐᓐᓄᑦ ᑕᓯᕐᓂᑦ ᑯᓐᓄᐊᑦ ᐃᒪᕐᐱᓄᑦᓗ.

ᓯᑕᒣᒍᕗᑦ ᑐᑭᖃᕐᑎᑕᐅᒍᑎᖕᒐ ᓄᓇᕕᒃ ᓚᔫᑉ. ᐃᓚᖕᒥᓐᓄᑦ, ᓄᓇᕕᒃ ᑐᑭᖃᕐᑎᑕᐅᔪᖅ "ᓄᓇᓯᒪᕕᕗᑦ," ᑖᒍᓯ ᖁᒪᐅᑉ ᐅᓚᕐᕙᓯᒍᑎᖕᒥᓐᓂᒃ , ᓄᓇᕕᒃ ᑐᑭᓕᒃ "ᓄᓇᕐᔪᐊᖄᓗᒃ ᐆᒪᔪᓕᒃ."

ᐅᓪᓗᒥ, ᓄᓇᕕᒃ ᐊᓂᕐᕿᓇᔭᐅᓕᕐᑐᖅ ᒥᑦᓴᐅᓴᕐᓯᒥᑦ 11,000-ᓄᑦ ᐃᓄᓐᓄᑦ 90-ᐳᓴᖕᒥᑦ ᐃᓄᑐᐃᓐᓂᑦ, ᓄᓇᖃᕐᓯᑎᒃ ᖁᓚᓪᓗ ᓯᑕᒪᓪᓗᓂᒃ ᓯᑦᔭᓅᑦᑐᓂᒃ ᑰᓐᓂᓗ: ᑰᑦᔪᐊᕿᐱᒃ, ᐅᒥᐅᔭᖅ, ᐃᓄᑦᔪᐊᖅ, ᐳᕕᕐᓂᑐᖅ, ᐊᑯᓕᕕᒃ, ᐃᕗᔨᕕᒃ, ᓴᓪᓗᐃᑦ, ᑲᖕᒥᕐᓱᔪᐊᖅ, ᖁᐊᕐᑕᖅ, ᑲᖕᒥᕐᓱᒃ, ᐊᐅᐸᓗᒃ, ᑕᓯᐅᔭᖅ, ᑰᑦᔪᐊᖅ ᑲᖕᒥᕐᓱᐊᓗᑦᔪᐊᓗ.

ᓄᓇᓖᑦ ᐊᑐᓂᑦ ᓇᒻᒥᓂᖅ ᑲᕙᒫᐱᓖᑦ ᐅᓪᓗᒥᒧᓗ ᑎᑭᐅᑎᓯᒪᔪᓂᒃ ᑭᖖᒨᒪᓇᕐᑐᓂᒃ ᐱᒍᑦᔭᐅᓂᖃᕐᓯᑎᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᓄᓇᖕᒐᓐᓄᐊᖕᒐᑎᓪᓗᒥᑦ ᐃᓯᐊᕐᓂᖕᒥᓐᓄᑦ ᑰᖅᑭᓯᕐᑕᐅᓯᒪᔪᓂᒃ. ᐅᑦᑑᑎᒥᓗᒍ, ᐃᓪᓗᐃᑦ ᐊᓯᖕᒥᓪᓗ ᐃᓪᓗᔪᐊᑦ ᐃᒪᕐᒥᒃ ᑯᕕᔪᓖᑦ, ᐅᓪᓗᑕᒫᑦ ᐃᒥᕐᑕᑕᐅᔫᒍᑦᓯᑎᒃ ᓄᓇᓕᓐᓂᑦ ᐃᒥᕐᑕᕕᐊᓗᓐᓂᑦ.

ᐊᖅᑯᑎᖃᖖᒥᑐᖅ ᓄᓇᕕᒻᒧᑦ; ᐊᕐᕕᑕᔫᑦ ᐅᓯᒍᑦᔭᐅᔫᑦ ᓄᓇᒥᓂᑦ ᑎᒻᒥᔫᒃᑯᑦ ᐅᒥᐊᕐᔪᐊᑯᓪᓗ.

ᑰᑦᔪᐊᖅ ᐃᓚᐅᑎᓐᓇᒥᑦ, ᒥᑭᔪᕐᓗᑦ ᓄᓇᓖᑦ 2,500 ᑭᓛᒥᑕᓂᒃ ᑕᑭᓂᓕᒻᒥ ᓯᑦᔭᒥᐅᑦ ᓄᓇᕕᒥ, ᐃᓚᖕᒥᑦ ᑕᓯᐅᔭᕐᔪᐊᒦᑦᑐᖅ, ᐊᓯᖕᒥᑦ ᐃᑭᕿᓴᓗᒻᒦᑦᑐᑦ ᐃᓚᖕᒥᓪᓗ ᐅᖕᒑᕙᒦᑦᑐᑦ. ᑰᑦᔪᐊᖅ ᓄᓇᑐᐃᓐᓇᐅᑉ ᐹᖕᒐᓂᐅᓂᕐᓴᖅ ᓄᓇᓕᒃ, ᑰᒃᓯᐊᖅ ᑰᖕᒐᓂ ᓇᐹᕐᑑᓕᐅᑉ ᓇᐹᕐᑐᖃᖖᒥᑑᓪᓗ ᑲᑎᓐᓂᓗᐊᑦᓯᐊᖕᒪᓂ. 2,000-ᓂ ᐃᓄᖃᕐᓯᓂ, ᐊᖕᒥᓂᕐᐸᐅᕗᖅ ᓄᓇᓕᐅᑦᓯᓂ ᓄᓇᕕᒻᒥ, ᐊᐅᓚᑦᓯᕕᐅᑦᓯᓂᓗ ᓄᓇᕕᒻᒥ.

ᐅᖕᒐᓯᑦᑑᔫᕐᑑᒐᓗᐊᖅ ᑖᒃᑯᐊ ᐊᕕᑦᓯᒪᓂᕐᒥᓄᑦ, ᐃᓄᐃᑦ ᑐᖖᒪᓇᕐᑐᐊᓗᐃᑦ, ᓯᕗᓪᓕᕕᓂᖕᒥᑦ ᐊᐅᓪᓛᑲᑦᑕᔩᕕᓂᐅᓂᖕᒥᓐᓄᑦ, ᑌᒪᖖᒐᑦ ᐃᓐᓂᐊᕿᓇᐊᒥᒃ ᐊᓕᐊᒥᔭᓖᑦ. ᑌᒣᒐᓗᐊᕐᓯᓂ, ᓄᓇᕕᒻᒥ ᓄᓇᓖᑦ ᐱᑐᑦᓯᒪᐅᑎᖖᒥᑐᑦ ᐊᖅᑯᑎᑎᒍᑦ, ᐃᓄᐃᑦ ᐊᕐᕕᑕᓇᐊᖃᔫᑦ ᑎᒻᒥᔫᒃᑯᑦ, ᐅᒥᐊᒃᑯᑦ ᓯᑮᑐᒃᑯᓗᓐᓃᑦ ᓯᓚᐅ ᖃᓄᐃᓐᓂᖕᒐ ᒪᓕᑦᓯᒍ, ᓄᓇᓕᓐᓄᑦ ᐁᑎᕿᓕᕿᒥᒃ. ᓯᓚ ᐃᑦᔨᓕᕐᑐᐊᓘᓕᕿᓗᐊᕐᒪᑦ, ᑐᖖᒪᓇᕐᑐᐃᑦ ᑲᑎᔭᐅᖖᒥᓂᐅᔭᖖᒥᓕᑦ.

ᐊᒥᓲᓂᖅᓴᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᑦ ᐃᓄᑐᐃᓐᓇᐅᒪᑕ, ᐃᓄᑦᑎᑐᑦ ᐅᖅᑲᐅᓯᖅ ᐊᑐᖅᑕᐅᓂᖅᐸᐅᒐᖅ ᓄᓇᕕᒻᒥ. ᐁᑉᐹᒍᑦ, ᑲᕙᒪᑐᖅᑲᒃᑯᑦ ᓄᐃᑕᓪᓕᕆᓯᒪᓂᖕᒐᓄᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᓯᕗᓪᓕᒥ ᐊᐅᓚᑦᓯᔨᐅᓯᒪᔪᑦ, ᖅᑲᓪᓗᓈᑎᑐᑦ ᐅᖅᑲᐅᓯᖅ ᐊᑐᖅᑕᐅᓚᕆᑦᑐᖅ ᐱᓇᓱᒡᕕᓂ ᐅᐃᒍᐃᑎᑐᑦ ᖕᒥᓐᓂᓴᐅᑎᓪᓗᒍ, ᐅᐃᒍᐃᑎᑐᑦ ᐅᖅᑲᐅᓯᖅ ᐊᑐᖅᑕᐅᕙᓪᓕᐊᑐᐃᓐᓇᓕᖅᑑᒪᓗᐊᖅ.

ᖅᑲᐅᔨᒥᐊᒃᑲᓂᕈᒪᒍᕕᑦ ᓄᓇᕕᒥᐅᑉ ᒥᑦᓴᓄᑦ, ᑕᑯᒐᓱᐊᕈᓐᓇᐳᑎᑦ ᐆᒪᓂ ᖅᑲᕆᑕᐅᔭᑎᒍᑦ ᑐᕌᒍᑎᒥ: www.nunavik.ca.

ᐃᓄᐃᑦ ᐃᓗᓯᖕᒥᓐᓂᒃ ᖃᐅᔨᒪᐅᑏᑦ

ᐃᓗᓯᓇᔭᐅᔪᓂᒃ ᖃᐅᔨᒪᐅᑏᑦ ᐃᓄᓐᓂ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᓂ ᓄᐃᑕᑎᑦᓯᕗᑦ ᓯᒃᑰᓂᕐᓴᒪᓇᐊᓘᓂᖕᒥᓐᓂ ᐊᓯᖕᒥᓐᓂ ᑯᐯᒻᒥᐅᓂᑦ: ᐃᓅᓯᖕᒥᑦᑕ ᓯᕕᑐᓂᖓ 16-ᓄᑦ ᐅᑭᐅᓂ ᐃᑭᓐᓂᓴᑦ, ᓄᑕᕋᑦ ᐃᓅᒍᓐᓃᖃᑦᑕᑐᑦ ᐋᓐᓂᐊᕕᓕᐊᕐᑎᑕᐅᖃᑦᑕᑐᐃᓪᓗ ᓯᑕᒪᕕᓪᓗᐊᓯᑎᒃ ᐅᓄᕐᓂᓴᐅᕗᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐋᓐᓂᐊᓖᑦ ᐃᒻᒪᓰᓂᒃ ᐅᓄᕐᓂᓵᓘᑦᓯᑎᒃ. ᑕᒪᒃᑯᐊ ᐱᑦᔪᑎᖕᒥᑦ ᐃᓅᒍᓐᓃᖃᑦᑕᑐᑦ ᐃᓚᐅᑎᑕᐅᔪᑦ ᓯᐊᒻᒪᕈᓐᓇᑐᑦ ᐋᓐᓂᐊᑦ ᐊᖕᒥᓕᕙᓪᓕᐊᓰᑦ, ᐆᒪᓯᓇᓃᑦ, ᐳᕙᓪᓗᓃᑦ, ᑐᐹᑭᒧᑦ ᐱᔭᓇᐊᑦᑐᑎᐅᖃᑦᑕᑐᑦ, ᐃᒥᕐᓯᒪᑦᓯᑎᓪᓗ ᓯᒃᑯᐊᕐᑭᖃᑦᑕᑐᑦ. ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᒻᒥᓂᐊᕐᑐᐃᑦ ᓯᑕᒪᐅᔪᖕᒥᒐᕐᑐᕕᓪᓗᐊᓯᑎᒃ ᐅᓄᕐᓂᓴᐅᕗᑦ ᑯᐯᒻᒥᐅᓕᒫᓂᑦ: ᐅᓄᕐᓂᖕᒥᑦ ᐅᕕᒐᑐᐃᑦ ᐃᒻᒥᓂᐊᖃᑦᑕᑐᑦ 15-ᒥᑦ 19-ᒧᑦ ᐅᑭᐅᓖᑦ ᐊᕙᑎ ᒪᕐᕈᒃ ᐱᖓᓰᔪᕐᑐᓗᓐᓂ ᐅᓄᕐᓂᓴᐅᕗᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓄᒻᒪᓇᖕᖑᐸᓪᓕᐊᔪᑦ 20-ᒥᑦ 24-ᒧᑦ ᐅᑭᐅᓖᑦ ᐊᕙᑎᓪᓗ ᐱᖓᓯᑐᓄᑦ ᐅᓄᕐᓂᓴᐅᑦᓯᑎᒃ.

ᐃᓅᒐᓯᐊᕐᓂᒧᑦ ᐊᑮᑦ ᐅᓄᕐᓂᓴᒻᒪᓇᐊᓘᕗᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐅᓯᔭᐅᓂᕐᒧᑦ ᐊᑮ ᐱᑦᔪᑕᐅᓗᐊᖕᖑᐊᑎᓪᓗᒥᑦ, ᒥᑦᓴᐅᓵᕐᓯᒧ 43-ᐳᓴᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐊᓂᕐᕋᑦ ᓯᒃᑰᕗᑦ ᐱᒍᑎᑦᓴᖃᖕᖕᒥᓂᕐᓴᐅᓯᑎᒃ, ᑕᑯᓐᓇᓯᒥᑦ 17-ᐳᓴᖕᒥᑦ ᑯᐯᒻᒥᐅᑦ.

ᓄᓇᕕᒃ ᐅᕐᑯᒉᓪᓘᑭᑎᖃᕐᒥᔪᖅ ᐃᓪᓗᐃᓂᐊᕐᓂᒥᒃ, 500-ᐃᑦ ᐃᓚᒦᑦ ᐃᓄᑐᑦᑎᑐᐃᓪᓗ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᐃᓪᓗᑖᕈᒪᑦᓯᑎᒃ ᐅᑕᕐᕿᑎᑕᐅᔪᑦ. ᒥᑦᓴᐅᓵᕐᓯᒥᑦ ᐃᓄᑦᑕᖕᒥᑦ ᐃᓪᓗᒥᐅᖃᑎᒦᑦ 4.72-ᒧᒐᓗᐊᑦ, ᐊᔪᒉᑦᑑᔭᖕᒥᓪᓚᑦ ᑕᑯᒥᐊᒥᒃ ᖁᓕᓂᑦ ᖁᓕᓪᓗ ᒪᕐᕈᓗᓐᓄ ᐃᓪᓗᒥᐅᖃᑎᒦᓂᒃ ᐊᑕᐅᓯᕐᒥ ᐃᓪᓗᒥ. ᓱᓕᒥᐊᓪᓚᒃ, ᐃᓚᖕᒥᑦ ᐃᓪᓗᐃᑦ ᐃᓪᓗᐊᑭᓯᖃᕈᓐᓇᑑᒐᓗᐊᑦ ᑕᓪᓕᒪᓂ ᐱᖓᓰᔪᕐᑐᓂᓗᓐᓃᑦ, ᐊᒥᓰᓂᕐᓴᑦ ᐃᓪᓗᐃᑦ ᐃᑭᓐᓂᓴᕐᓂᒃ ᐃᓪᓗᐊᑭᓯᖃᓰᑦ, ᑕᒪᓐᓇᓗ ᐊᒥᓰᓂᕐᓴᓂᒃ ᐃᓄᖃᕐᑎᓯᑦᓯᓂ ᐃᓪᓗᐊᑭᓯᕐᒥ ᓄᓇᕕᒻᒥ (.93) ᐊᓯᓕᒫᖕᒥᓐᓂᒃ ᑯᐯᒥᐅᓂᑦ (0.5).

ᖃᐅᔨᓂᐊᕐᕖᑦ:

- *ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᒍᑦᔨᕖᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ*
- ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖕᒥᑦᑕ ᐳᕐᑐᓂᕐᔪᑦ ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑎᖕᒥᑦ ᓂᓪᓕᑎᕐᓯᒪᔪᑦ, 2007
- ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐸᕐᓂᓯᒪᐅᑎᖓ ᖃᓂᒻᒪᓰᑦ ᐁᑦᑑᑕᐅᒧᓐᓇᑐᑦ, ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᑎᓕᔭᐅᒪᐅᑏᑦ, ᐊᓪᓚᑕᐅᒥᐊᖕᒐᑐᑦ ᐊᓪᓚᖁᑏᑦ, ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔩᖕᒥᑦ, 2006
- *2005-2006 ᐊᕐᕿᒧᓕᒫᒥ ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑏᑦ*
- ᐊᕙᑕᖅ ᐱᐅᓯᑐᖃᓕᕆᕕᐅᑉ ᖃᓇᑕᐅᔭᑎᒧᑦ ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑎᖓ

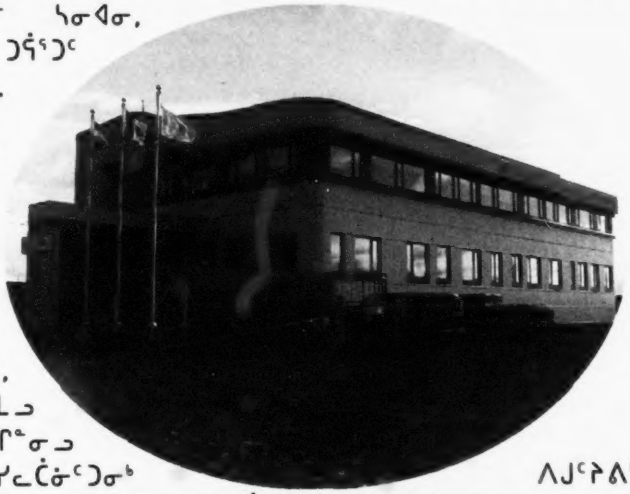
ᓄᓇᕕᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᑐᑦᓯᒪᐅᑎᔪᑦ

ᓄᓇᕕᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᑐᑦᓯᒪᐅᑎᔪᑦ ᐃᓚᖃᕐᐳᑦ ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᕕᒻᒥᒃ, ᐃᓅᓕᑦᓯᕕᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒥᒃ (ᑕᓯᐅᔭᕐᔪᐊᒥ) ᐊᒻᒪ ᐅᖓᕙᒥ ᑐᓚᑦᑕᕕᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒥ (ᐅᖓᕙᒥ). ᑐᖕᖓᕕᑦᑕᖓ ᐱᕙᓪᓕᐊᔭᐅᓂᖓᑕ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᐅᑉ ᐃᓄᓕᕆᓂᐅᑉ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᓄᐃᑕᐅᓯᒪᔪᖅ ᔦᒥᔅ ᐯ ᑯᐯᒃ ᑕᕐᕋᖓᑕ ᐊᖏᕐᑲᑎᒌᓐᓂᖓᓄᑦ 1975-ᒥ (*JBNQA*) ᐊᒻᒪ ᐃᓚᒋᐊᕈᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᐊᖏᕐᑲᑎᒌᒍᑏᑦ. ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᒍᑦᔨᓂᑦ ᑎᒥᕐᑯᑎᖏᑦ ᓯᓕ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᔭᐅᐳᑦ ᑯᐯᒃ ᑲᕙᒪᖓᑕ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᖓᓄᑦ. ᐋᕐᕿᒋᐊᕐᑕᐅᓯᒪᒪᒐᓗᐊᕐᓯᓂ ᓄᓇᕕᒻᒧᐊᖓᑎᓪᓗᒍ.

ᐃᓄᖏᑦᑕ ᐅᓄᕐᓂᖏᑦ ᐱᑦᔪᑎᒋᑦᓯᒋᑦ ᐊᒻᒪ ᐃᓅᕐᑲᑎᒌᓂ ᐃᓗᕐᕈᓯᕐᒍᐊᖓᔪᓂᒃ ᐊᑦᔨᐅᖏᓐᓂᖏᓐᓄᑦ, ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓯᐊᕐᓂᓴᐅᔪᖅ ᖃᓂᒪᔪᐃᑦ ᐋᕐᕿᑕᐅᒋᐊᓖᑦᓗ ᖃᓂᒻᒪᑎᑦᓯᑌᓕᓃᑦᓗ ᐅᐊᕈᑎᒥᑦᑎᑕᐅᓂᕆᒌᖏᑦ, ᓯᕐᑲᑦᓯᐅᑏᑦ, ᖃᐅᔨᔭᐅᑎᑕᐅᒐᓯᐊᕐᑐᐃᑦ, ᐱᒋᐊᕐᑎᓯᑦᑌᓕᓃᑦ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᒋᐊᓖᑦᓗ ᐃᓗᓐᓇᑎᒃ ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᔫᒻᒪᑕ ᐃᑲᔪᕐᑎᒌᑦᑎᑕᐅᑦᓯᐊᓯᑎᒃ ᐃᖏᕐᕋᑎᑕᐅᑦᓯᐊᓯᑎᓪᓗ, ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᐅᒐᓗᐊᖅ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ.

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ

ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᐅᑉ ᐃᓄᓕᕆᓂᐅᑉᓗ ᑐᕐᖃᑕᕐᕕᖓ (*MSSS*), ᓄᓇᕕᒃ ᐊᐅᓚᑕᐅᓂᖓ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ 17-ᒍᕗᖅ. ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᖃᓰᒍᕗᑦ ᑮᓇᐅᔭᑦ ᑐᕋᒪᖏᓐᓂᒃ 131 ᒥᓕᐅᓐ ᓴᓂᐊᓂ, ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒧᓗ ᑐᕋᕐᑐᑦ ᐃᓄᓐᓄᑦ ᖁᓕᑦᓗ ᓯᑕᒪᑦᓗᓂ ᓄᓇᓕᓐᓂ.



ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᖅ ᐱᓇᓱᑦᑎᖃᕐᐳᖅ ᒥᑦᓴᐅᔫᕐᓯᒥᑦ ᐊᕙᑎ ᐱᖓᓱᑦ ᑕᓪᓕᒪᓪᓗᓂ ᐃᓄᓐᓂᒃ ᖃᓪᓗᓈᓂᓪᓗ ᐃᓚᐅᑎᓪᓗᒋᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᔨᖏᑦ, ᓇᐅᓕᒫᓂ ᐃᓗᓯᓕᕆᕕᒃ, ᐸᕐᓀᓂᕐᓄᑦ ᐱᔭᑦᓴᓕᕆᓂᕐᓄᓗ ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ, ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ ᐊᒻᒪ ᐃᓄᐃᑦ ᐊᓐᓂᓇᕐᑐᕐᖁᑎᖏᓐᓂᒃ ᐃᓗᕐᕈᓯᖏᓐᓂᓗ ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ. ᓯᓚᒥᐊᓪᓚᒃ, ᓄᓇᕕᐅᑉ ᓯᓚᑖᓂᑦᑐᓂᒃ ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ ᐊᒻᒪ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐱᓇᓱᑦᑎᓂᒃ ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ ᓄᐃᑕᐅᕐᖃᒥᐅᒻᒥᔫᒃ 2009-2010-ᒥ.

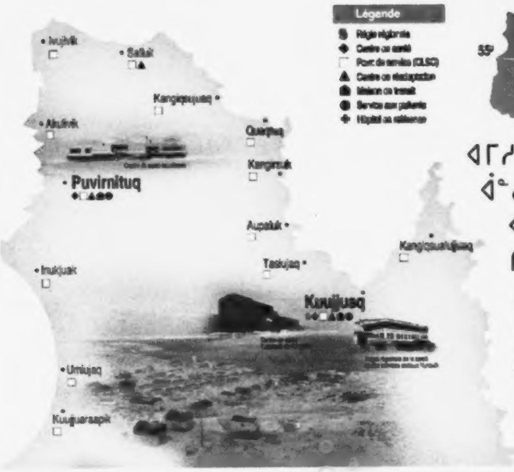
ᑲᑎᒪᔩᑦ ᐊᕙᑎᓄᑦ ᐃᓚᐅᕕᐅᔪᑦ ᐃᑉᐱᒍᓯᑦᑎᒥᔭᐅᐳᑦ ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᕕᒻᒥᒃ ᐅᑯᓄᖓ ᐃᓚᐅᕕᐅᑦᓯᑎᒃ:

- ᖁᓕᓪᓗ ᓯᑕᒪᓪᓗ ᑭᒡᒐᕐᑐᕐᑏᑦ, ᐊᑐᓂᑦ ᓄᓇᓕᒻᒥ ᐱᓯᒪᔪᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ;
- ᑲᔪᓯᒃᑫᔨᖕᒐ ᐊᑐᓂᑦ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒪᓈᓐᓂ (ᑐᓕᑦᑕᕕᒃ ᐃᓅᓕᑦᓯᕕᒻᒥᓗ, ᒪᕐᖀᒃ ᐃᓗᐅᔫᒃ);
- ᐃᓗᐅᔪᖅ ᑎᓕᔭᐅᓯᒪᔪᖅ ᑲᑎᒪᕕᖕᒥᓐᓂᑦ ᐊᑐᓂᑦ ᐋᓐᓂᐊᕖᓐᓂ, ᓇᓪᓕᑳᕐᑕᐅᓯᑎᒃ ᓂᕿᐊᕐᑕᐅᒪᔪᓂᒃ ᑭᒡᒐᑐᕐᑎᓂᑦ ᓄᓇᓕᓐᓂ (ᒪᕐᖀᒃ ᐃᓗᐅᔫᒃ);
- ᐃᓗᐅᔪᖅ ᑎᓕᔭᐅᓯᒪᔪᖅ ᑲᑎᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᕙᒪᒃᑯᓂᑦ ᑎᓕᔭᐅᓯᒪᔪᖅ;
- ᑲᔪᓯᒃᑫᔨᖕᒐ ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓱᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᐅᑉ.

ᐊᓯᐊᒍᑦ ᐊᐅᓚᓂᐅᓲᑦ ᑐᕓᓐᓇᕿᑕᐅᓲᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᓇᓂᕐᒥ, ᑲᑎᒪᔩᑦ ᑲᒪᒥᔭᕐᑲᓇᕗᑦ ᓇᓗᓃᕐᓯᓂᕐᒥᒃ ᓯᕗᓪᓕᐅᔭᐅᒥᐊᓕᓐᓂᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᑭᖕᖕᒎᒪᔭᖕᒥᑦ ᒪᓕᑦᓯᒥᑦ ᐃᓱᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓅᓕᕆᓂᕐᒥᓗ, ᓯᕗᓪᓕᐅᔭᐅᒥᐊᓖᑦ ᓇᐅᓕᒫᓂ ᑐᓴᕐᑎᓯᕕᐅᓰᓂ ᑲᑎᒪᓂᕐᓂ ᑲᑎᓂᕐᑲᕐᓯᑎᒃ ᐊᕐᖀᒍᑕᒫᑦ ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓱᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᒃᑯᑦ.

ᐱᕐᑯᔭᕐᑕᓕᒃ ᑲᑎᒪᔨᖕᒥᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᑎᒥᐅᔪᐃᑦ ᐊᒥᔫᓂᕐᓴᓄᑦ ᐃᓄᑐᐃᓐᓇᓄᑦ ᐃᓗᐅᕕᐅᒥᐊᕐᑲᕐᓯᑎᒃ.

ᐋᓐᓂᐊᕖᑦ



ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᒧᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᑎᑕᐅᔪᑦ ᐃᓂᓪᓚᑎᑕᐅᓯᒪᖁᑦ ᓄᓇᓕᑎᒍᑦ ᐊᕕᑦᑐᓯᒪᓂᑎᒍᓪᓗ ᑕᓯᐅᔭᕐᔭᐊᖅ ᐅᖓᕙ - ᑐᙵᕕᕐᑲᕐᓯᑎᒃ ᒪᕐᑮᓂ-ᐊᒥᓯᐃᓂ ᑭᓪᓚᑑᑎᓖᓐᓂᒃ ᑎᒥᐅᔭᓐᓂ ᐃᓘᓕᑦᓯᕕᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒥ ᐳᕕᕐᓂᑐᒥ ᐅᖓᕙ ᑐᓚᑦᑕᕕᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒥᓗ ᑰᑦᔪᐊᒥ. ᑳᒃᑯᐊ ᑎᒥᐅᔫᒃ ᑎᓕᔭᐅᒪᐅᑎᓖᒃ ᐃᓗᓐᓈᒍᕐᑐᒥᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᓪᓗᑯᒥᐊᓕᓐᓂᒃ ᑲᒪᒋᐊᕐᑲᕐᓯᑎᒃ ᐋᓐᓂᐊᕖᒃ (ᕐᑯᓕᓪᓗ ᑖᓕᒪᓪᓗᓂ ᐃᓪᓖᒃ ᑕᒪᕐᒥᒃ ᐋᓐᓂᐊᕖᒃ) ᐊᒻᒪᓗ ᐊᑯᓂᙳᖁᑕᕐᓯᒍ ᓇᔪᕐᑕᐅᒍᓐᓇᑐᓂᒃ ᐱᐅᒃᒍᑎᕐᑲᕐᓯᑎᒃ.

ᑐᓚᑦᑕᕕᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᒃ ᐱᓇᓯᕐᑲᑎᕐᑲᓰᖅ ᑰᑦᔪᐊᑉ ᑲᐸᒫᐱᒃᑯᖏᓐᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᑲᑎᕕᒃ ᐃᓪᓗᓕᓇᐲᕐᔭᐊᑯᓐᓂᒃ ᐃᖏᕐᖁᑎᑦᓯᓯᑎᒃ ᕐᑯᓕᓐᓂ ᐃᓪᓕᓕᒻᒥᒃ ᐃᓄᒻᒪᓇᓐᓄᑦ ᐊᓂᕐᖁᒥᒃ. ᐅᓪᓗᑯᑦ ᓇᔪᕐᑕᐅᒍᓐᓇᒥᔪᒥᒃ ᐳᓰᕐᕕᕐᑲᕐᓯᓂ ᐃᓄᑐᕐᑲᕐᓄᑦ ᑰᑦᔪᐊᒥ.

ᐊᓯᖏᑦ ᐱᒍᑦᔨᓃᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᑎᑕᐅᔪᑦ ᐃᓚᐅᑎᑦᓯᔪᑦ ᑲᒃᑲᓛᑦ ᐅᕕᒪᕐᑐᐃᓪᓗ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᓂᖏᓐᓄᑦ, ᒪᕐᑮᓂᒃ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᑲᕐᓯᑎᒃ ᐅᕕᒪᕐᑐᐃᑦ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᓂᖏᑦ, ᐊᑐᓃᕐᓯᒪᔫᒃ ᐅᖓᕙᒥ ᑕᓯᐅᔭᕐᔭᐊᒥᓪᓗ. ᐱᐅᒃᒍᑏᑦ ᐃᓚᕐᑲᕐᒥᔪᑦ ᐊᑕᐅᓯᕐᒥᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᓄᐊᖓᔪᒥᒃ ᕐᑯᓕᓪᓗ ᓯᑕᒪᓪᓗ ᐃᕕᕐᑎᓯᕕᒻᒥ ᓴᓪᓗᓂ, ᒪᕐᑮᒃ ᓯᑕᒪᐅᔭᕐᑐᓂᒃ ᐃᓂᓖᓐᓈᒃ ᐳᕕᕐᓂᑐᒥ ᑰᑦᔪᐊᒥᓪᓗ ᐊᒻᒪᓗ ᐋᓐᓂᐊᕕᕐᑲᕐᓯᑎᒃ (ᐁᕕᐅᒥᐊᕐᖔᖅ ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ) ᐊᑐᓂᑦ ᕐᑯᓕᓪᓗ ᓯᑕᒪᓪᓗᓂ ᓄᓇᓕᓐᓂ.

ᐋᓐᓂᐊᕖᑦ ᐱᒍᑦᔨᕕᖏᑦ ᐊᑐᓂᑦ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐃᓚᕐᑲᕐᐳᑦ ᐱᓇᓯᕐᑲᑎᒌᑐᓂᒃ ᕐᑲᐅᔨᒪᔪᓪᓚᓇᓐᓂᒃ ᐊᑦᔨᒌᖏᑐᓂᒃ ᐊᕕᑦᑐᓯᒪᓂᕐᓂᒃ ᐱᓯᒪᔪᓂᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᓯᒪᔭᖏᓪᓗ ᐊᑐᐃᓐᓇᕐᑲᕐᑎᓯᑦᓯᑎᒃ ᐊᑦᔨᒌᖏᑐᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓂᒃ ᐃᓄᓐᓄᑦ. ᐱᓇᓯᕐᑲᑎᒌᑦᑐᑦ ᐊᑦᔨᒌᖏᒥᔪᑦ ᓄᓇᓕᓐᓂᑦ ᓄᓇᓕᓐᓄᑦ, ᑐᙵᕕᕐᑲᕐᓯᑎᒃ ᐊᖏᓂᖓᓂᒃ ᓄᓇᓕᐅᑉ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᔪᓐᓇᑕᖏᓐᓂᒃ ᐱᓇᓯᕐᑲᑎᒌᑦᑐᑦ.

ᑐᖓᓕᖏᑦ ᐱᒍᑦᔨᓃᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓯᓕᑦᑕᕕᕐᑲᕐᐳᑦ. ᐊᐅᓪᓚᑎᑕᐅᒥᐊᕐᑲᔩᑦ ᓄᓇᓕᐅᑉ ᓯᓚᑖᓄᑦ ᐱᐅᓯᕆᓴᐅᑐᐃᓐᓇᓯᓂ ᐃᓗᓐᓇᓕᒫᖏᓐᓄᑦ ᕐᑲᐅᔨᒪᔪᓪᓚᓇᓐᓄᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑕᐅᒥᐊᕐᑲᓕᖁᒥᒃ ᕐᑭᒥᕐᕿᔭᐅᒥᐊᕐᑲᓕᖁᒥᓪᓗ ᐊᒻᒪᓗ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᓯᕐᑐᑕᐅᒥᐊᕐᑲᓕᖁᒥᒃ. ᐃᓚᖏᑦ ᐱᒍᑦᔨᓃᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᑎᑕᐅᔪᑦ ᒪᕐᑮᓄᑦ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒪᕇᓐᓄᑦ, ᓇᓗᓇᕐᑕᐅᓯᒪᓯᑎᒃ ᐊᕐᐱᑕᕐᑐᓄᑦ ᕐᑲᐅᔨᒪᔪᓪᓚᓇᓐᓄᑦ, ᐅᑦᑑᑎᒋᓗᒍ ᐊᕐᓄᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑎᒻᒪᕆᖏᑦ, ᐃᓯᒪᓐᓂᐊᑏᑦ, ᓴᐅᓂᕐᓂᒃ ᐱᓚᑦᑐᐃᔩᑦ, ᐊᓯᖏᓐᓄᓗ. ᕐᑲᐅᔨᒪᔪᓪᓚᓈᑦ ᐱᒍᑦᔨᓂᖓ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᑎᑕᐅᙱᑐᐊᕐᒪᑦ, ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑕᐅᔪᖅ ᐊᐅᓪᓚᑎᑕᐅᔫᖅ ᐱᒍᑦᔨᕕᓕᓐᓄᑦ ᕐᑲᓪᓗᓈᑦ ᓄᓇᖓᓐᓄᑦ ᒪᑭᐊᑦ *RUIS* ᐊᖏᕐᑲᑎᒌᓐᓂᖓ ᒪᓕᑦᓯᒍ ᐅᐸᓗᓐᓃᑦ ᐊᓯᖏᑦ ᐊᖏᕐᑲᑎᒌᒍᑕᐅᓯᒪᔪᑦ.

ᐋᓐᓂᐊᕕᓕᐊᕐᓯᒪᔪᓂᒃ ᑲᒪᔩᑦ ᒪᓐᑐᔨᐊᑦᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᑲᓰᖅ ᑲᒪᑎᑕᐅᑦᓯᓂ ᓴᐳᒻᒥᕕᐅᑦᓯᓂᓗ ᑖᒃᑯᓂᖓ ᐊᐅᓪᓚᑎᑕᐅᓯᒪᔪᓂᒃ, ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᑦᓯᑎᒃ ᑎᑭᑉᐸᑕ ᐁᔮᐅᓚᖕᒐᓂᖕᒥᑦ, ᐃᖕᒥᕐᑫᐅᑎᕐᑲᕐᑎᓯᓂᕐᒥᒃ, ᓯᓂᑦᑕᕕᕐᑲᕐᑎᓯᓂᕐᒥᒃ ᑐᓵᔨᕐᑲᕐᑎᓯᓂᕐᒥᓗ, ᐊᒻᒪᓗᒥᐊᓪᓚᒃ ᐅᕐᑳᕐᑲᑎᕐᑲᕐᓯᑎᓪᓗ ᐃᓄᐃᑦ ᓄᓇᖕᒐᓐᓃᑐᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᓐᓂᒃ.

ᑕᓪᓕᒪᓂ ᐃᓪᓕᓕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐅᐃᒪᓇᕐᓯᓯᒪᔪᕐᑲᓕᕐᒪᑦ ᑲᒪᕕᒃ, ᐳᕕᕐᓂᑐᕐᒦᑐᖅ, ᐊᑐᐃᓐᓇᕐᑲᕐᑎᓯᔩᒍᒻᒥᔪᖅ ᑐᖕᒐᓕᖕᒐᓂᒃ ᑲᒪᓂᕐᒥᒃ ᐃᓯᒪᒍᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓂ. ᑲᒪᒥᔭᐅᒥᐊᓖᑦ.

ᑲᑎᒪᔩᑦ ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᔩᖓᑕ ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑎᖓ

ᐊᑖᓂ ᑕᑯᓚᖅᑲᑐᑎᑦ ᐃᓗᓐᓈᒍᑦ ᓄᐃᑕᑎᑦᓯᔪᓂᒃ ᐱᓇᓱᑦᓯᒪᓕᕐᑕᑎᓐᓂᒃ, ᐱᓂᐊᓂᓕᕆᓂᕐᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᑕᑲᑕᑲ ᐱᓇᓱᐊᑕᐅᔪᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓅᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓅᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐊᕐᕌᒍᕐᒥ 2010-2011-ᒥ.

ᖃᐅᔨᒋᐊᖅᑲᑦᑕᓂᕐᒧᑦ ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑏᑦ *COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE (CDPDJ)*

ᓯᑎᒻᐱᕆ 2010-ᒥ, ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔩᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ ᓂᕆᐅᓐᓂᖅᑲᑦᓯᐊᓚᐅᔪᒪᒥᒃ ᐱᑎᑕᐅᓕᓚᐅᔪᒥᒍᑦ ᖃᐅᔨᒋᐊᕐᑕᐅᒍᑎᒥᖅᑲᑦᑕᑕᕕᓂᕐᒥᓂᒃ ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑎᓂᒃ *CDPDJ*-ᑯᓂᑦ. ᓱᓕ ᖃᐅᔨᓴᕐᓂᖅ ᐱᒋᐊᓚᐅᔪᑎᓪᓗᒍ 2007-ᒥ, ᐃᓯᒪᓯᒪᔪᒍᑦ ᓇᒻᒥᓂᖅ ᓈᒻᒪᓴᓐᓂᕋᕐᓯᑕ ᐱᓇᓱᑦᓯᒪᓕᕐᑕᖅᒥᓐᓂᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐱᑐᑦᓯᒪᐅᑎᔪᑦ ᖃᐅᔨᒪᔪᓪᓚᓐᓅᑦ ᐱᓇᓱᓐᓂᕐᒥᓐᓂᒃ. ᐅᐱᒍᓱᑉᐳᒍᑦ ᐊᔪᐃᓐᓇᓂᓇᖅᑲᑦᑕᓚᐅᖅᑕᕐᒥᓐᓂᒃ ᐱᐅᓯᕕᓂᕐᒥ ᓄᓇᑦᑎᓂ ᐱᓇᓱᑦᑕᕕᓂᖅᒥᑦ ᐃᓕᑕᕆᔭᐅᓚᐅᕐᒪᑕ ᐊᕙᑎᓪᓗ ᐊᑕᐅᓯᕐᓗᓂ ᐃᒫᖅᑫᕿᑎᓕᐊᕕᓂᕐᓂᒃ ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑎᓂ.

ᑭᐅᒍᑎᕗᑦᓕ ᐅᖃᐅᓯᕆᔭᐅᔪᕕᓂᕐᓄᑦ ᓄᕐᖃᓇᐊᕈᑎᖏᓐᓂᒃ ᖃᐅᔨᓴᓂᐅᑉ, ᐃᓕᑕᕐᓯᒪᒐᒍᑦ ᓯᓕ ᐱᔭᑦᓴᖁᓐᓈᓂᑦᑎᓂᒃ ᑕᒪᒃᑯᐊ ᐱᓐᓂᓗᑌᑦ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐱᓪᓗᒥᑦ. ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔩᓂᖅ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᑎᒥᐅᔪᐃᑦ ᑲᔪᓯᔪᑦ ᐊᔪᐃᓐᓇᓯᑎᒃ ᐊᑕᐅᓯᖕᖑᑎᑦᓯᒐᓯᐊᓇᐊᒥᒃ ᐱᕆᓪᓕᐊᑎᑦᓯᓂᕐᒥᓗ ᐱᒍᑦᔩᓂᕐᓂᒃ ᐅᕕᒐᕐᑐᓄᑦ ᐃᓚᖏᓐᓄᓗ ᓱᕐᖁᐃᓯᐊᕐᖁᑦᓯᒥᑦ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᓇᐊᕐᑲᕐᓂᖏᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᑦ.

ᓇᓗᓀᕐᓗᒥᑦ ᐊᒥᓯᖕᖏᒥᑐᐃᑦ, ᐃᓪᓗᐃᓂᐊᕐᓂᖅ, ᓂᕿᖅᑲᑦᓯᐊᖏᓐᓂᖅ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᓇᓯᒐᑦᓴᖅᑲᑦᓯᐊᖏᓐᓂᖅ ᐃᓗᓐᓇᑎᒃ ᐃᓚᒥᔭᐅᕗᑦ ᐃᓅᖅᑲᑎᒦᓂ ᐱᓐᓂᓗᑕᖅᑲᖅᑎᓯᓂᕐᒥᒃ. ᖃᐅᔨᒪᑦᓯᐊᐳᒍᑦ ᐱᐅᓯᐅᓕᕐᑐᒥᒃ ᓄᓇᕕᐅᑉ ᑲᒃᑲᓛᖏᓐᓂᒃ ᓯᓕ ᐊᑦᑕᓇᕐᑐᒦᖏᓐᓈᒪᑕ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᑦᑕᓇᕐᑐᒦᒐᓇᓕᖅᑲᖏᓐᓈᓯᑎᒃ ᐃᓅᖅᑲᑎᒦᓄᐊᖅᑲᔪᑦ ᑮᓇᐅᔭᑎᒍᓪᓗ ᒪᑭᒐᓯᐊᕐᓂᒥ ᐋᕐᑭᒋᐊᖕᖏᓂᓕᒫᖏᓐᓂ.

ᓯᕐᖁᐃᓯᓗᑕ ᐱᑦᓯᐊᕈᓐᓇᓂᕐᒥᒃ ᐊᔪᐃᓐᓇᓂᖏᓐᓄᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓅᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᑐᑦᓯᒪᐅᑎᔪᑦ, ᓯᕗᓂᕐᒥ, ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᓇᐊᕐᑲᕐᓂᖏᓪᓗ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᑲᒃᑲᓛᑦ ᓯᕐᖁᐃᑕᐅᓚᖅᑲᑐᑦ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐊᐅᓚᑦᔭᓇᐊᕈᑎᒥᓚᖅᑲᔭᖏᓐᓄᑦ.

ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᒎᓕᖅᑲᐍᑉ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖅᑲ

ᐊᕐᕌᒍᕐᓂ ᒪᕐᖀᓕᕐᑑᓂ, ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᓴᓂᖅ ᐱᓇᓱᕐᑲᑎᖕᒥᓪᓗ ᐱᓇᓱᕐᑲᑦᑕᓯᒪᓕᕐᑐᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᒨᓕᖓᔫᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖓᓂ ᐱᐅᓯᐅᒥᑎᑦᓯᒐᓱᐊᕐᓯᑎᒃ ᐱᒍᑦᓴᓂᑦᑎᓂᒃ ᐅᕕᒐᕐᑐᓄᑦ ᐱᓐᓀᓗᑦᓯᓯᒪᔪᓄᑦ, ᐅᐃᖃᓯᒪᔪᓄᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓯᒪᒍᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒍᑦ ᐃᓕᖓᔪᓂᒃ. ᓯᓇᒥᓐᓂᓵᕐᓂᒃ ᐊᑐᐃᓐᓇᕿᕐᑎᓯᒪᓕᕐᑐᒍᑦ ᐃᑉᐱᒍᓱᑦᓯᐊᓂᕐᓴᓂᒃ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᑭᖖᒨᒪᔭᐅᔪᓂᒃ. ᐱᒍᑦᓴᓂᕗᑦ ᓄᐃᑕᐅᓯᒪᔫᖅ ᑖᒃᑯᓄᖓ, ᐃᓚᒥᑦᓯᒥᑦ, ᐊᑐᕐᑎᐅᓚᖓᑦᓯᑎᓪᓗ.

ᐊᔪᕐᐲᒥᐊᕐᑏᑦ ᑲᑎᒪᔨᖕᒥᑦ ᓄᐃᑦᓯᓛᓕᕐᑐᑦ ᓈᒻᒪᑐᒥᒃ ᑎᓕᔨᒥᐊᕈᑎᒥᒃ ᐱᒍᑦᓴᓂᕐᒍᑦ ᐱᓇᓲᑎᑦᓴᓂᒃ. ᐊᑦᔨᒦᕐᒥᑐᐃᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ ᐃᓱᒫᓗᑎᓖᑦ ᑕᒪᑐᒥᖓ ᐊᖕᒥᑭᑎᕐᑲᕐᐸᑕ ᑎᓕᔨᒥᐊᕈᑎᒥᒃ. ᐃᓕᑕᕆᔭᐅᓂᕐᑖᓚᖓᔪᖅ ᐃᒫᖕᒉᑭᑎᐅᓗᓂ ᐸᕐᓃᓯᒪᐅᑎᒃ. ᑕᒪᓐᓇ ᐱᐅᓯᐅᑎᑕᐅᔪᖅ ᐱᔪᓐᓇᓯᑎᑕᐅᓯᒪᔪᖅ ᓇᑯᕐᒦᓯᒥᓪᓗ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅ ᑳᓇᑕᒃᑯ, ᑖᒃᑯᐊ ᓄᐃᑕᐅᓪᓕᑐᐃᓯᒪᓕᕐᒪᑕ ᓴᐳᒻᒥᓂᕐᒥᓂᒃ ᐃᓗᓐᓈᒍᑦ ᓄᓇᓕᑐᖁᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᓄᑦᑎᑎᑦᑕᐅᕝᕕᓕᐊᓂᖕᒪᑕ ᕿᓇᐅᔭᕐᑑᑎᖕᒥᑎᒍᑦ.

ᐅᑭᐅᕐᑕᑐᒍᐊᖕᒐᑎᓪᓗᒥᑦ ᐸᕐᓃᓯᒪᐅᑏᑦ

ᐊᒥᓯᒪᓛᓂ ᑲᑎᒪᓂᕐᑲᕐᑲᑕᓚᐅᔪᔪᑦ ᐊᕐᕋᓂ ᐅᕐᑳᒍᑎᕐᑲᕐᓯᑎᒃ ᐅᑭᐅᕐᑕᑐᒥ ᐸᕐᓃᓯᒪᐅᑏᑦ ᒥᑦᓴᓄᑦ. ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᓴᓂᖅ ᐃᑉᐱᒍᓱᑦᓯᐊᕋᓱᐊᕐᐳᖅ ᑕᒪᑐᒥᖓ, ᑖᓐᓇ ᐱᓇᓱᐊᑕᐅᔪᖅ ᑲᔪᓯᔭᐅᓂᐊᕐᒪᖕᒫᑦ ᓱᒃᑯᐊᑎᓇᒍᓐᓀᓗᓂ ᐃᓄᕐᑯᑎᑦᑎᓂᒃ. ᐊᒥᓯᐃᑦ ᐊᕐᒥᔦᕐᓚᐅᑎᐊᓗᐃᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᒥᐊᕐᑲᕐᓯᒪᔦᑦ ᐊᑯᓂᖖᒍᓯᒍ ᓱᕐᕓᓂᕐᑲᓱᑦ ᓄᓇᑦᑎᓂᒃ, ᐊᒻᒪᓗ ᑕᒃᑯᐊ ᓱᕐᕓᓂᐅᓚᖓᔪᑦ ᐱᐅᓂᓴᒍᐊᖓᕐᑯᒐᓗᐊᕐᑕᕗᑦ.

ᐃᓕᓴᓇᐊᕐᑎᑕᐅᓚᐅᕐᑐᕕᓃᑦ ᐊᓂᕐᕋᓇᖖᒥᑕᒥᓄᑦ ᐊᓐᓇᓂᑯᐃᑦ

ᑕᒪᑐᒪ ᐱᓂᐊᓂᓕᓇᔭᐅᓂᖓ ᐊᑯᓂᐊᓗᒃ ᐃᓯᒪᑦᑎᓂᒃ ᓴᓇᔭᐅᓯᒪᔫᔮᕐᑐᖅ. ᐊᕐᕋᓂ ᒫᑦᓯᐅᑎᓪᓗᒍ, ᓯᓕᑦᓯᐊᓂᕐᒍᑦ ᐋᕐᕿᒍᑎᑦᓴᓄᓪᓗ ᑲᒥᓯᓇᒃᑯᑦ ᑳᓇᑕᒥ ᑐᓵᒥᐊᕐᑐᓚᐅᔪᕗᑦ ᐃᓄᑦᔪᐊᒥ ᑰᑦᔪᐊᒥᓪᓗ. ᓇᑯᕐᒦᒍᒪᕗᒍᑦ ᑲᒥᓯᓇᓂᒃ ᓄᓇᕕᓕᐊᓚᐅᕐᒪᑕ. ᐅᐱᒍᓯᑉᐳᒍᑦ ᑭᓪᒐᑐᕐᑎᑎᓐᓂᒃ ᖁᓕᓐᓗ ᓯᑕᒪᓐᓗᓂ ᓄᓇᓐᓂ ᐱᓯᒪᓚᐅᕐᑐᓂᒃ ᑐᓴᕐᑎᓯᒥᐊᕐᑐᑭᓐᓇᓚᐅᕐᒪᑕ ᐃᓄᑦᔪᐊᒥ ᑰᑦᔪᐊᒥᓪᓗ, ᐊᒻᒪᓗ ᓯᕗᓂᑦᓴᓕᐅᑦᓯᐊᓂᕐᒥ ᐃᖏᕐᕋᑎᑕᐅᔪᒥᒃ ᓇᑯᕐᒦᐳᒍᑦ. ᐅᐱᒍᓯᒥᕗᒍᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅ ᑳᓇᑕᒃᑯᓂᒃ, ᒪᑭᕝᕕᒃ ᑯᐊᐳᕇᓴᓐᑯᓐᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓄᐃᑦ ᐊᓐᓂᓇᕐᑐᕐᑯᑎᖏᑦ ᐃᓗᕐᕿᓯᖏᓪᓗ ᐃᓚᐅᒍᓐᓇᓯᐊᓚᐅᕐᒪᑕ ᐃᑲᔪᕐᑐᓂᕐᒥᓪᓗ. ᐊᖏᕐᒥᐊᖏᔭᕐᓂᖅ ᑲᔪᓯᒥᐊᕐᑲᕐᐳᖅ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᑯᓗᒥᑦ ᐊᓐᓇᓯᒪᔪᑦ, ᐃᓚᖏᑦ ᓄᓇᓕᕗᑦᓗ.

ᐃᓄᐃᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑕᐅᓂᖓ

ᐅᐱᒍᓯᑉᐳᒍᑦ ᐃᓚᐅᒥᐊᒥᒃ, ᐃᓄᐃᑦ ᐊᓐᓂᓇᕐᑐᕐᑯᑎᖏᑦ ᐃᓗᕐᕿᓯᖏᓪᓗ ᐱᒍᑦᓴᕕᖓ ᐊᕐᕌᒍᑎᒥᑦᓯᒍ, ᐃᓄᐃᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑕᐅᓂᖏᓐᓂᒃ. ᑕᒪᓐᓇ ᐱᔪᓐᓇᓯᑎᑦᓯᕙᓪᓕᐊᓂᖅ ᐱᔪᑦᓴᐅᔮᕐᑎᓯᓂᖅ ᑭᓪᓕᕐᑲᑦᓯᐊᑐᒥᒃ ᓄᐃᑕᑎᑦᓯᔪᖅ ᑎᒥᕐᑯᑎᕗᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᑖᖕᖏᓂᐅᔭᖕᖏᒪᑦ ᐃᓄᓐᓂᒃ. ᐅᐱᒍᓲᑦᓴᕗᒍᑦ ᐃᓗᓐᓇᖏᓐᓄᑦ ᐃᓚᐅᔪᓂᒃ ᐅᐱᒪᒥᑦᓯᒥᓪᓗ ᐱᒐᓯᐊᕐᓂᕐᒥᑦ ᐱᔪᑦᓴᐅᔮᕐᓂᕐᒥᓪᓗ.

ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐊᕐᕕᑕᕐᓂᖅ

ᒫᑦᓯᐅᓚᐅᕙᕙᒥ, ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᖅ ᑲᕙᓯᓯᓚᐅᕙᕗᖅ ᑐᓴᕐᑎᓯᓂᕐᒥᒃ ᐊᕐᕕᑕᕐᓂᕐᑲᕐᓯᑎᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ. ᐊᕐᕕᑕᕐᓂᖅ ᐱᒋᐊᕐᖕᒐᓚᐅᕙᕙᖅ ᐳᕕᕐᓂᑐᕐᒥ. ᐳᓚᕋᕐᓯᑎᒃ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐅᕐᑳᒥᐊᕐᑐᕈᑎᖅᑲᕐᓯᑎᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᓂᐊᕐᓂᓂᒃ ᐃᓄᓐᓂᒃ ᐱᑐᑦᓯᒪᐅᑎᕙᓂᓪᓗ ᖃᐅᔨᒪᕙᓪᓚᓐᓂᒃ ᑕᒪᓐᓇ ᐱᒻᒪᕆᖁᑎᒥᔭᐅᓂᕐᕚᖅ. ᐱᕕᑦᓴᓯᐊᒍᑦᓯᓂᓗ ᑕᑯᓂᐊᓇᐊᒥᒃ ᐱᐅᒃᒍᑎᑦᑎᓂᒃ. ᐊᕐᕕᑕᕐᓂᖅ ᑲᕙᓯᓚᖕᒪᕙᖅ ᑖᕐᕿᓂ ᕐᑫᕙᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᕐᑬᒍᓛᕐᑐᒥ.

ᓂᕆᑦᓯᐊᓂᖅ ᑲᓇᑕᐅᑉ ᐅᑭᐅᕐᑕᑐᖕᒐᓐᓂ

ᒫᑦᓯ 29, 2011-ᒍᑎᓪᓗᒍ, ᑲᑎᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᕙᒪᖕᒐ ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓗ ᐃᑉᐱᒍᓱᑦᓯᐊᑫᓯᐊᓕᓚᐅᕙᕚᒃ ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑎᖕᒐᓐᓂᒃ ᓂᕆᑦᓯᐊᓂᖅ ᑲᓇᑕᐅᑉ ᐅᑭᐅᕐᑕᑐᖕᒐᓐᓂ.

ᑐᓴᕐᑫᑦᓴᓚᕆᐊᓘᖃᑦᑕᓚᐅᕐᑐᕕᓂᐅᑦᓯᓂ ᐊᒥᓯᒪᓛᓂ ᐱᓇᓯᐊᕈᓯᕐᓂᒃ, ᑲᕙᒪᑐᖃᒃᑯᑦ ᑐᓴᕐᑎᓯᓚᐅᕙᕙᑦ ᒫᑦᓯ 9-ᒍᑎᓪᓗᒍ ᐊᓪᓚᑕᐅᒪᕙᑦ ᓂᕿᑦ ᐊᑭᑭᓪᓕᒥᐊᕈᑎᓖᑦ ᐅᓄᕐᔩᐅᒥᓚᖕᒐᓕᕐᑎᓗᒥᑦ. ᑕᒐᑕᒐ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᕙᑦ ᐃᓚᐅᑎᑦᓯᓕᕐᑐᑦ ᐃᓗᓐᓇᖕᒥᓐᓂᒃ ᓂᕿᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᒥᔫᓂᕐᓴᓂᒃ ᓂᕿᐅᖕᖕᒥᑐᓂᒃ ᓇᓕᑭᓪᓕᒥᐊᕐᑕᐅᒍᓐᓇᖃᑕᓚᐅᕙᕙᓂᒃ ᓂᖀᑦ ᐊᓪᓚᓯᒪᕙᕐᓂᐊᕕᑎᒎᕐᑎᑕᐅᔩᑦ ᐅᒃᑑᐱᕆ 2010-ᒍᓚᐅᕐᑎᓇᒍ.

ᑕᒪᓐᓇ ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑎᒃ ᐃᓯᒫᓘᑎᕕᓂᕐᓂᒃ ᑭᐅᒍᑎᖃᕐᓯᒪᔩᔮᕐᒎᒐᐊᖅ ᑖᕐᕿᓂ ᐊᓂᒍᕐᓯᒪᓕᕐᑐᓂ ᐅᑭᐅᕐᑕᑐᒥᐅᓄᑦ, ᓯᓕ ᓵᖕᖕᒐᓯᖕᖕᒥᑐᖅ ᑐᑭᑖᕈᑎᒥᒃ ᐊᓂᒎᑎᑎᑕᐅᓚᐅᕙᕙᒥᒃ ᑲᑎᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᕙᒪᒃᑯᑦ ᑲᑎᒪᔨᖕᒥᓐᓄᑦ ᑎᓯᒻᐱᕆ 2010-ᒍᑎᓪᓗᒍ. ᐊᕐᑬᒍᕐᒥᒃ ᑖᕐᕿᓂ ᐊᓂᒍᕐᑐᓂᒃ ᑲᑎᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᕙᒪᖕᒐ ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᒃᑯᓗ ᐊᒥᓯᕕᑦᓯᑎᒃ ᐃᓄᓕᕆᔨᑐᖃᒃᑯᑦ ᒥᓂᓯᑕᖕᒐᓐᓂᒃ, ᔫᓐ ᑖᓐᑲᓐᒥᒃ, ᑐᑦᓯᑫᐅᑎᖃᕐᓯᒪᕙᑦ ᑲᕙᓯᑐᐃᓐᓇᖁᔨᑦᓯᑎᒃ ᓂᕿᓂᒃ ᐊᓪᓚᓯᒪᕙᕐᓂᐊᕕᑎᒍᕐᑎᑕᐅᖃᑦᑕᓯᒪᕙᓂᒃ ᕿᒥᕐᕈᔭᐅᑦᓯᐊᖕᒥᓐᓂᓕᒫᖕᒐᓐᓂᒃ ᖃᓄᖅ ᓯᕐᕗᓂᖃᑫᔭᕐᒪᖕᒫᑦ ᑖᓐᓇ ᓄᑖᖅ ᓂᕆᑦᓯᐊᓂᖅ ᑲᓇᑕᐅᑉ ᐅᑭᐅᕐᑕᑐᖕᒐᓐᓂ ᖃᐅᔨᓴᕐᑕᐅᓯᐊᓈᖕᖕᒥᓂᓕᒫᖕᒐᓂ.

ᖃᐅᔨᒪᐅᑎᓂᒃ ᐊᑐᐃᓐᓇᖃᖕᖕᒥᒪᑦ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᒐᔭᕐᑐᓂᒃ ᐅᕙᑦᑎᓂᒃ ᑐᑭᓯᒪᑎᑦᓯᓗᑎᒃ ᐅᕝᕙᓗᓐᓃ ᓯᕐᖁᐃᓯᒪᒐᔭᕐᑐᓂᒃ ᖃᓄᓪᓗᐊᑎᒥᒃ ᑕᒪᓐᓇ ᓄᑖᖅ ᐃᖕᒥᕐᑫᑎᑕᐅᒪᓯᐊᕐᑐᖅ ᓯᕗᒐᔭᕐᒪᖕᒐᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᓂᒃ, ᐱᓗᐊᕐᑐᖅ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᓴᐳᒻᒥᔮᖃᓪᓗᐊᖕᒥᑦᑐᓂᒃ ᐊᕐᓇᓂᒃ ᓄᑕᑫᑦᓴᓕᓐᓂᒃ, ᑲᒃᑲᓛᓂᒃ, ᐅᕕᒪᕐᑐᓂᒃ, ᐃᓄᑐᖃᕐᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓄᑑᑦᓯᑎᒃ ᐱᕈᕐᓴᒪᓯᐊᕐᑐᓂᒃ ᕿᑐᕐᖕᒐᒥᓂᒃ. ᐊᑕᐅᓯᖅ ᓯᓕᕙᖅ ᓄᐃᑕᖕᒥᓐᓈᑐᖅ: ᐲᔭᕐᑕᐅᕙᕕᓃᑦ ᓂᖀᑦ ᐊᑭᑭᓪᓕᒥᐊᕐᑕᐅᔩᕕᓂᐅᑦᓯᑎᒃ ᐅᒃᑑᐱᕆ 2010-ᒥ ᐱᐅᖕᖕᒥᑐᓪᓚᕆᐊᓗᒻᒥᒃ ᓯᕐᕗᓯᒪᒍᑎᖃᓈᓚᐅᕙᕙᖅ ᐃᓄᐃᑦ ᓄᓇᖕᒐᓐᓂ.

ᑲᕙᒪᑐᖃᒃᑯᑦ ᐱᒋᐊᕐᑎᓯᒥᐊᖃᓕᕐᑐᑦ ᓯᓇᒥᑦᑐᒥᒃ ᖃᐅᔨᓴᕐᓂᒥᒃ ᖃᓄᖅ ᑕᒪᓐᓇ ᓯᕐᕗᓂᖃᓚᖕᒐᒻᒪᖕᒐ ᓂᕆᑦᓯᐊᓂᖅ ᑲᓇᑕᐅᑉ ᐅᑭᐅᕐᑕᑐᖕᒐᓐᓂ ᐱᒋᐊᑲᐱᒍᓐᓇᕕᓕᒫᖕᒐᒍᑦ, ᓄᐃᑕᑦᓯᐊᑐᒃᑯᑦ ᑭᓇᒃᑯᓗ ᑲᒪᓂᐊᕐᒪᖕᒫᑕ ᖃᐅᔨᒪᓇᑦᓯᐊᓗᑎᒃ, ᑐᕗᓐᓇᑐᒥᒃ ᖃᐅᔨᓴᕐᓂᖃᕐᓗᑎᒃ ᐅᑭᐅᕐᑕᑐᒥᓄᑦ. ᐅᓄᕐᓯᒥᐊᕈᑎᕕᓃᑦ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᕙᑦ ᓂᖀᑦ ᓇᓕᑭᓪᓕᒥᐊᕈᑎᓄᑦ ᐃᑲᔪᕐᑕᐅᓚᖕᒐᓗᑎᒃ ᑐᓴᕐᑕᐅᑎᑕᕕᓂᖅ ᒫᑦᓯ 9-ᒥ ᒥᓂᔅᑕ ᑖᓐᑲᓐᒍᑦ ᐊᑐᕐᑎᑕᐅᒍᓗᑐᐃᓐᓇᒪᑦ ᑖᕐᕿᓂ ᖁᓕᓐᓗ ᓯᑕᒪᐅᔭᕐᑐᓂ. ᓄᑖᖅ ᐱᔭᕆᐊᒎᒍᑦᓯᓂᓪᓗ ᐊᑮᑦ ᐊᕐᕿᒥᐊᕐᑕᐅᓂᖕᒥᑦ ᓂᕆᑦᓯᐊᓂᖅ ᑲᓇᑕᐅᑉ ᐅᑭᐅᕐᑕᑐᖕᒐᓐᓂ ᐱᒋᐊᕐᑎᑕᕕᓂᐅᑎᓪᓗᒍ ᐁᕆᓕ 1, 2011-ᒥ.

ᑕᒪᑐᒨᓇ, ᑲᑎᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᕙᒪᖕᒐ ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᒃᑯᓗ ᐊᑕᐅᓯᑦᓯᐊᒥᒃ ᑐᕌᒐᕐᒥᒃ ᐱᒐᓯᐊᕐᑑᒃ: ᐊᔪᐃᓐᓇᓚᖕᒐᑦᓯᑎᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᕐᑲᓚᖕᒐᑎᓐᓄᒥᑦ ᐃᓗᓯᕐᓯᓯᐊᕐᓂᒥᒃ ᐃᑲᔪᕐᑐᑐᓂᒃ ᓂᕐᑭᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᑐᕐᑐᓄᑦ ᐊᑭᑐᓗᐊᕌᓗᒍᓐᓀᓚᖕᒐᑎᓐᓄᒥᑦ, ᐃᒫᒃ, ᐊᑮᑦ ᐊᑦᔨᐸᓯᒥᔭᐅᓚᖕᒐᑎᓐᓄᒥᑦ ᑳᓇᑕᒥᐅᓄᑦ ᐊᓯᖕᒥᓐᓂᒃ ᓄᓇᓂ. ᑲᕙᒪᑐᕐᑲᒃᑯᑦ ᓯᕐᕐᑯᐃᓯᒥᐊᕐᑲᕐᐳᑦ ᓂᕆᑦᓯᐊᓂᖅ ᑲᓇᑕᐅᑉ ᐅᑭᐅᕐᑕᑐᖕᒐ ᓯᒃᑯᑕᐅᑦᓴᖕᒥᓚᐅᕐᐸᑦ ᐊᕐᕌᒍᕐᓂᒃ ᐊᒥᓯᓂ ᐊᔪᐃᓐᓇᐅᔭᐅᓯᒪᓕᕐᑐᖅ ᐊᑭᑭᑦᑑᑎᑕᐅᒐᓯᐊᕐᓯᓂ ᐃᓅᓕᓯᐊᕐᓂᒧᐊᓕᖕᒐᓂᕐᒧᑦ ᓄᓇᑦᑎᓂ, ᐊᕐᕌᒍᐃᑦ ᐊᒥᓯᐃᑦ ᐊᔪᐃᓐᓇᐅᔭᐅᕐᑲᑦᑕᓯᒪᔪᑦ ᐱᐅᓯᐅᒥᑎᑕᐅᒐᓯᐊᕐᓯᑎᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᓯᖕᒥᓐᓂᒃ ᐱᒻᒪᕆᓐᓂᒃ ᐃᓅᓯᕐᒧᐊᖕᒐᔪᓂᒃ ᐃᓄᓐᓂ ᐅᑭᐅᕐᑕᑐᒥ ᓄᓇᓕᓐᓂ.

ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᒍᑦᔨᓃᑦ ᐊᖕᒋᕐᑲᑎᒌᒍᑎᖕᒐ: ᐋᕐᕐᑭᓯᒪᐅᑎᑦᓴᑦ ᐸᕐᓀᑕᐅᒪᓂᖕᒐ

ᕕᕈᐊᕆ 15, 2011-ᒥ, ᐊᖕᒋᕐᑲᑎᒌᒍᑎᒃ ᐊᑐᐃᓐᓇᕈᕐᑎᕆᓂᕐᒧᑦ ᑮᓇᐅᔭᕐᔫᑎᑦᓴᓗ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐊᑎᓕᐅᕐᑕᐅᓕᓚᐅᔪᕗᑦ ᑯᐯᒃ ᑲᕙᒪᒃᑯᓄᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᓄᓪᓗ ᑯᐯᒃ ᓯᑎᒥ. ᑖᓐᓇ ᐊᖕᒋᕐᑲᑎᒌᒍᑎᒃ ᓄᐃᑕᐅᓯᒪᔪᖅ ᐱᔭᕇᐊᕐᔫᒍᑎᓪᓗᒍ ᐃᓚᖕᒐᓐᓂᓗ ᐅᓇᒻᒥᓇᓯᓂᒃ ᐱᐅᓯᐅᑎᑕᐅᔪᖅ.

ᒫᑦᓯ 6, 2009-ᒥ, ᒥᓂᔅᑕ ᐳᓪᑐᒃ, ᒥᓂᔅᑕ ᑎᐊᕆᐃ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᖅ ᐊᑎᓕᐅᓚᐅᔪᕗᑦ ᐊᕙᓗᓕᕐᑐᐃᒍᑎᒥᒃ ᐊᖕᒋᕐᑲᑎᒌᒍᑎᒥᒃ ᓇᓗᓀᕐᓯᔪᒥᒃ ᑯᐯᒃ ᑲᕙᒪᖕᒐ ᑐᓂᒪᓂᖕᒐᓄᑦ ᐱᓇᓯᕐᑲᑎᒌᒪᓂᕐᒧᑦ ᑐᕌᒐᓕᐅᕐᓯᑎᒃ. ᔫᓐ 5, 2010-ᒥ, ᑯᐯᒃᑯᑦ ᐊᖕᒐᔪᕐᕐᖄᖕᒐ ᔮᓐ ᓴᕆ ᐊᒻᒪᓗ ᒥᓂᔅᑖᒃ ᑎᐊᕆᐃ ᐊᒻᒪᓗ ᑲᐊᐱᐊᓪ ᑰᑦᔪᐊᓕᐊᕐᓯᒪᓚᐅᔪᑦ ᑐᓴᕐᑎᓯᒥᐊᕐᑐᓯᑎᒃ ᑯᐯᒃ ᑲᕙᒪᖕᒐ ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓗ ᐊᖕᒋᕐᑲᑎᒌᒍᑎᕐᑲᕐᒪᓃᒃ ᐊᕐᕌᒍᕐᓂ ᓯᑕᒪᐅᔪᖕᒥᒐᕐᑐᓂᒃ ᐊᖕᒋᕐᑲᑎᒌᒍᑕᐅᓚᖕᒐᔪᒥᒃ ᑲᔪᓯᑎᑦᓯᓚᖕᒐᔪᒥᒃ ᑮᓇᐅᔭᕐᑲᕐᑎᓯᓗᓂᓗ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᓄᓇᕕᒻᒥ.

ᐊᑎᓕᐅᕐᑕᐅᓂᖕᒐ ᑖᑦᓯᒪ ᐊᖕᒋᕐᑲᑎᒌᒍᑎᐅᑉ ᐱᒻᒪᕆᐊᓘᑦᓯᓂ ᐊᓪᓗᕆᐊᕈᑕᐅᓚᐅᕐᒥᔪᖅ ᓇᓗᓀᕐᓯᓯᓂ ᑐᓂᒪᓂᖕᒥᓐᓂᒃ ᑐᕐᕐᑲᑕᕐᕕᑯᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᓄᑦ.

ᓄᓇᓕᓕᒫᑎᒍᑦ ᐊᕐᕐᑭᓯᒪᐅᑏᑦ ᐸᕐᓀᑕᐅᓯᒪᓂᖕᒐ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᒍᑦᔨᓃᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᑲᔪᓯᔪᑐᕐᑲᐅᓯᒪᔪᖅ ᐊᕙᓗᓕᕐᑕᐅᒪᐅᑎᐅᑉ ᐊᖕᒋᕐᑲᑎᒌᓐᓂᖕᒐ ᐊᖕᒋᕈᑕᐅᓯᒪᖃᑕᕐᑎᓇᒍᓗᓐᓃᑦ. ᐊᕐᕌᒍᕐᓂ ᐊᒥᓲᖕᖕᒥᑐᓂᒃ, ᐅᕙᒍᑦ ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᕕᒻᒥ ᐱᓇᓯᕐᑲᑎᕐᑲᕐᑲᑦᑕᕐᑯᒍᑦ ᑲᑐᑦᔨᕐᑲᑎᒋᓯᑦᑎᓂᒃ ᐃᓅᓕᑦᓯᕕᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᑐᓚᑦᑕᕕᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᓐᓂ ᐸᕐᓀᓯᒪᐅᑎᓂᒃ.

ᑖᓐᓇ ᓯᕗᓪᓕᐸᑦᓯᐊᖅ ᓯᓕ ᐊᑎᓕᐅᕐᑕᐅᓚᐅᕐᓯᒪᑎᓪᓗᒍ 1975-ᒥ ᔦᒥᔅ V ᐊᒻᒪᓗ ᑯᐯᒃ ᑕᕐᖃᖕᒐᑕ ᐊᖕᒋᕐᑲᑎᒌᒍᑎᖕᒐ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓪᓗ ᑭᖕᖕᒎᒪᔭᐅᔪᑦ ᓵᖕᖕᒐᔭᐅᒥᐅᓕᕐᒥᔪᑦ ᖃᐅᔨᓴᕐᑕᐅᓯᐊᕐᓯᑎᒃ ᐸᕐᓀᑕᐅᑦᓯᑎᓪᓗ.

ᓯᕗᓪᓕᒥ, ᖃᐅᔨᓴᕐᕐᑳᖃᓯᐊᓚᐅᕐᑐᒍᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᖃᓄᐃᑦᑐᒦᓕᕐᒪᖕᒑᑕ ᐃᓄᕐᑯᑎᖃᑦ. ᓇᓗᓀᕐᓯᓚᓚᐅᔪᒻᒥᔪᒍᑦ ᓯᕗᓪᓕᐅᔭᐅᒥᐊᓕᓐᓂᒃ ᐱᓇᓯᑦᑕᐅᓚᖕᒐᔪᓂᒃ ᐊᕐᕌᒍᕐᓂᒃ ᓯᑕᒪᐅᔪᖕᒥᒐᕐᑐᓂ. ᖃᐅᔨᒪᑦᓯᐊᖃᑦᑕ ᐃᓄᕐᑯᑎᖃᑦ ᖃᐅᔨᒪᒦᕐᓯᒥᓪᓗ ᑭᖕᖕᒎᒪᔭᖕᒥᑦ. ᑌᒣᒻᒪᑦ

ᓯᑯᓪᓕᐅᑎᓯᒪᔪᑦ ᐅᕕᒐᕐᑐᐃᑦ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᓂᖏᓂᒃ, ᐃᓅᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᑐᑦᓯᓂᕐᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓯᒪᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᑐᑦᓯᓂᕐᓂᒃ.

ᓇᓗᓃᕐᓯᓕᐅᔾᒥᔪᑦ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᑐᖕᖓᕕᓕᒻᒥᒃ ᐱᒥᐊᕈᑎᖃᕈᒪᑦᓯᑕ. ᐱᑐᑦᓯᓂᑯᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᖃᑦᑕᓕᖓᔪᑦ ᐊᑕᐅᓯᐅᓕᖓᑎᓪᓗᒥᑦ, ᐊᒻᒪᓗ ᖃᐅᑎᒪᔪᓪᓕᕆᕐᑯᑎᑯᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᑯᓗᑦ ᐱᓇᓯᖃᑎᒦᓕᖓᔪᑦ ᐊᑕᐅᑦᓯᑯᑦ ᑲᑐᑦᓯᖃᑎᒦᓪᓗᑎᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᖓᔪᕐᖃᐅᑎᓂᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᓄᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᑯᓯᖃᕆᓐᓂᓗᑎᒃ.

ᐱᑐᑦᓯᓃᑦ ᑭᖕᖑᒪᑦᓯᔪᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᓂᒃ ᐃᓪᓗᓂᓪᓗ. ᑌᒫᒪᑦ ᐊᓪᓚᕐᑯᑎᓕᐅᕐᓯᒪᔪᑦ ᑭᖕᖑᒪᔭᑦᑎᓂᒃ ᑌᒣᖓᓂᓪᓗᒥᑦ ᐋᖅᑭᓯᒪᐅᑏᑦ ᐸᕐᓂᓯᒪᐅᑎᖏᓐᓂ.

ᐊᑎᓕᐅᕐᑕᐅᓯᒪᔪᖅ ᐊᖏᕐᑲᑎᒋᑐᑎᒃ ᐊᑐᐃᓐᓇᕐᑲᕐᑎᓯᓕᖓᓕᕐᑐᖅ ᓄᑖᓂᒃ ᖁᓇᐅᔾᔪᑎᑦᓴᓂᒃ ᐱᕚᓕᐊᑎᑦᓯᓕᖓᔪᓂᒃ ᐱᑐᑦᓯᓂᕐᓂᒃ ᐱᕈᑎᓂᓗ ᐊᕐᖁᕐᓂᒃ ᓯᑕᒪᐅᔪᖏᓚᑐᓂ. ᑖᓐᓇ ᐱᓪᒪᕆᐊᓗᒃ ᐱᔭᕇᓕᐅᕐᑕᐅᑦ ᐃᓗᓐᓇᑕ ᐅᐱᒪᒋᒋᐊᓕᐅᑦ.

ᖁᓇᐅᔭᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑏᑦ ᐅᓄᕐᓯᕙᓪᓕᐊᑐᐃᓐᓇᓂᕕᓂᖏᑦ ᐊᑭᓕᑦᓴᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᕐᒧᓗ ᑐᕿᒣᑦ

ᓯᓚ ᓄᐃᓚᐅᕐᓯᒪᑦᓯᓂ, ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᑐᑦᓴᕕᒃ ᐊᐅᓚᑦᓯᕐᑲᑦᑕᕆᐊᕐᑲᓲᖅ ᐅᕐᑯᒣᑦᑐᐊᓘᓚᓗᐊᕐᑎᓗᒍ ᑭᐅᒍᑎᕐᑲᕆᐊᕐᑲᕐᓂᒥᓄᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᑭᖕᖑᒪᔭᕐᒥᓐᓂᒃ. ᑕᒪᓐᓇ ᐅᕐᑯᒣᑦᑑᕐᑲᑦᑕᓚᐅᕐᑐᑦ ᐊᒥᓯᕙᐊᓗᑦᓴᓯᒍᑦ ᐅᕐᑲᒍᑎᒥᕐᑲᑦᑕᓯᒪᔭᕗᑦ ᑐᕐᑲᑦᕙᑯᓪᓗ, ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᑐᑦᓴᕕᒃ ᑌᒪᖕᖓᑦ ᖃᐅᔨᑎᑦᓯᓴᓐᓇᕐᑲᑦᑕᓯᒪᔪᖅ ᓄᓇᕕᒃ ᖁᓇᐅᔭᕐᓂᒃ ᐃᑭᓗᐊᕐᑐᓂᒃ ᐊᑐᐃᓐᓇᕐᑲᕐᑎᑕᐅᓲᒍᓂᖓ ᐊᑐᐃᓐᓇᕐᑲᕐᑎᓯᒥᐊᕐᑲᓕᕿᒥᒃ ᐱᑐᑦᓯᓂᕐᓂᒃ ᑭᖕᖑᒪᓇᕐᑐᓂᒃ.

ᐅᐱᒍᓯᑉᐳᒍᑦ ᑐᓴᕐᑎᓯᒥᐊᒥᒃ ᑐᕐᑲᑦᕙᑯᒃ ᑌᒫᑦᓴᓇ ᐃᓯᒪᕐᑲᕐᓯᒪᒻᒪᑕ ᐊᒻᒪᓗ ᖁᓇᐅᔭᕐᓂᒃ ᐅᓄᕐᓂᓴᕐᓂ ᑐᓂᔨᒥᐊᓪᓚᓛᓕᕐᒪᑕ ᐋᖅᑭᒥᐊᕈᑎᐅᓚᖓᔪᓂᒃ ᑭᖕᖑᒪᓇᕐᑐᓂᒃ ᖁᓇᐅᔭᕐᑐᓇᐅᑉ ᐊᕐᖁᕐᒥᓐᓄᑦ 2009-2010 ᐊᒻᒪᓗ 2010-2011-ᒥ.

ᑌᒫᒪᑦ, ᖁᓇᐅᔭᕐᑐᓇᐅᑉ ᐊᕐᖁᖓᓂ 2009-2010-ᒥ, ᐊᑦᓴᒦᕐᒥᑐᐃᑦ ᖁᓇᐅᕿᑦ ᐊᑭᓖᒍᑕᐅᕐᑲᑦᑕᓗᐅᕐᑐᑦ ᐊᑭᓕᑦᓴᓂᒃ ᐊᑕᐅᓯᕕᑲᓪᓚᓗᑎᒃ ᐊᑭᓕᕐᑕᐅᓚᖓᔪᑦ ᐊᑭᓕᑦᓴᓕᒫᕿᓗᐃᑦ ᒫᑦᓯ 31 2010-ᒥᓂᑦ, ᐃᒣᓚᖓᑎᓪᓗᒥᑦ:

ᑐᓚᑦᑕᕕᒃ	ᐃᓅᓕᑦᓯᕕᒃ	ᑲᑎᑦᓱᑎᒃ
$28,394,950	$100,117,240	$128,512,190

ᐋᖅᑭᒋᐊᕈᑎᕐᑲᓚᐅᕐᒥᔪᑦ 2010-2011-ᒥ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᕐᒧᑦ ᑐᕿᓚᕐᓂᒃ (ᑐᕿᒣᑦ ᑐᓂᔭᐅᕐᑲᑦᑕᔫᑦ ᓈᒻᒪᓯᑐᐊᕐᒪᑦ ᐃᓚᒥᐊᕈᑕᐅᓚᖓᑎᓪᓗᒥᑦ ᓄᐃᑕᕆᕐᑐᓄᑦ ᑐᕿᓚᕐᓄᑦ):

ᑐᓚᑦᑕᕕᒃ	ᐃᓅᓕᑦᓯᕕᒃ	ᑲᑎᑦᓱᑎᒃ
$7,475,433	$17,933,353	$25,408,786

ᑮᓇᐅᔭᕐᑐᓇᐅ ᐊᕐᕿᒍᕐᒪᓂ 2011-2012-ᒥ, ᑮᓇᐅᔦᑦ ᑐᓂᔭᐅᓯᒪᓕᕐᑎᓗᒥᑦ ᑐᕐᖃᑕᕐᕕᑯᓐᓄᑦ, ᑕᒪᕐᒥᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒪᓅᒃ ᐱᒥᐊᑦᓯᐊᒑᓕᕐᑑᒃ ᑲᓯᕐᓯᒪᔪᓂᒃ ᑐᕿᒪᕐᑲᓕᕐᓗᑎᒃ.

ᑌᒻᒪᓗᐊᕐᑎᓗᒍ, ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᓯᕕᒃ ᓯᓕ ᐊᑭᓕᑦᓴᕐᑫᓈᑐᖅ $5,209,874.00. ᓯᓕ ᐊᖕᒥᕐᑲᑎᒦᒪᓯᐊᓇᐊᕐᑫᓈᑐᒍᑦ ᑐᕐᖃᑕᕐᕕᑯᓪᓗ ᐊᕐᕿᒍᑕᒫᑦ ᐊᑭᓕᑦᓴᑖᕆᓯᑦᑎᓂ $600,000.00-ᓂᒃ.

ᐋᓐᓂᐊᕕᓕᐊᕐᓯᒪᔪᓂᒃ ᑲᒪᔩᑦ

ᒫᑦᓯ 2, 2011-ᒍᑎᓪᓗᒍ, ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᓯᓂᖅ ᑐᓴᕐᑎᓯᓚᐅᔪᔪᖅ ᓄᑦᑎᑕᐅᓂᕐᒪᓂᒃ ᐁᓇᓕ 9 ᐋᓐᓂᐊᕕᓕᐊᕐᓯᒪᔪᓂᒃ ᑲᒪᔩᑦ Notre-Dame-de-Grâce -ᒥᑦ YMCA-ᒧᑦ ᐊᑦᑕᑐᕐᓂᕐᒪ ᐃᓯᓕᓚᐅᔪᒻᒪᑦ ᐁᓇᓕ 2011-ᒥ.

ᐃᓪᓗᖅ, 4039 Tupper Street, Westmount-ᒥᑦᑐᖅ, ᐱᕐᒪᓯᓂᒃ ᖁᓕᐊᓃᓕᒃ 150-ᓂ ᐃᓪᓕᕐᑲᕐᓯᓂ, ᑳᐱᑐᕐᕕᒥᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᓐᓄᕿᓂ ᐃᕐᒥᕕᒻᒥᒃ. ᖃᓂᑦᑖᐱᓕᒃ ᐱᒍᑦᓯᓂᕐᒥᓐᓄᑦ ᒪᑭᐊᓪ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᕐᔪᐊᑉ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᓯᕕᕐᒥᓐᓄᑦ (MUHC), ᑖᒃᑯᐊᓗ ᐱᒍᑦᓯᓂᕐᒥᑦ ᐃᓚᒥᔭᐅᑦᓯᑎᒃ ᒪᑭᐊᓪ ᐊᑕᐅᓯᐅᓕᕐᒪᔪᒥᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᕐᔪᐊᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᑐᑦᓯᒪᐅᑎᔪᓂ.

ᑕᒪᓐᓇ ᓄᑦᑎᑎᕐᓂᕐᒪ ᐋᓐᓂᐊᕕᓕᐊᕐᓯᒪᔪᓂᒃ ᑲᒪᔩᑦ ᑲᔪᓯᑎᑦᓯᒍᓐᓇᕕᖃᕐᑎᓯᓚᕐᒪᔪᖅ ᐱᒍᑦᓯᓂᕐᒥᓐᓂᒃ, ᐊᑦᓯᒪᐅᑎᔪᓂᒃ ᐃᓂᖃᕐᖃᑕᓕᓚᐅᔪᔪᓂᒃ, ᑕᒪᑕᒪ ᐊᑕᐅᓯᕐᒦᓕᕐᑐᑦ. ᑌᒻᒪᓗᐊᕐᑎᓗᒍ, ᐋᓐᓂᐊᕕᓕᐊᕐᓯᒪᔪᓂᒃ ᑲᒪᔩᑦ ᐅᐱᒍᓯᑉᐳᖅ ᑲᔪᓯᑎᑦᓯᒥᐊᕐᒥᒃ ᐆᐆᒃᑯᑦ ᒪᔅᓕᓐᑯᓪᓗ ᐃᓪᓗᕐᒪᓂᒃ, ᑕᒪᓐᓇ ᓄᑕᑫᑦᓴᓕᓐᓄᑦ ᐊᕐᓇᓄᑦ ᐅᑕᕐᕿᐱᐅᓲᖅ ᐱᔭᓇᐊᑦᑐᓯᒪᔪᖃᕐᓂᐸᑦ ᓄᑕᑫᑦᓴᖃᕐᓯᑎᒃ ᐃᓂᒥᔭᐅᓲᖅ.

ᐋᓐᓂᐊᕕᓕᐊᕐᓯᒪᔪᑦ ᖃᓄᐃᖕᖕᒥᓯᐊᓇᐊᖃᕐᓂᕐᒪ ᓯᑯᓪᓚᐅᔨᔭᑯᑦ. YMCA ᐃᓪᓗᕐᑯᑎᕐᒪ ᐃᑉᐱᒍᓯᑦᑎᕐᑲᑦᓯᐊᐳᖅ ᖃᓄᐃᖕᖕᒥᓯᐊᓇᐊᖃᕐᓂᕐᒥᓐᓂᒃ ᑲᒪᔨᓂᒃ ᐃᑉᐱᒍᓯᑦᑎᖃᕐᓯᓂᒃ ᐃᓗᓐᓇᕐᒥᓐᓂᒃ ᖁᓕᐊᓃᓂ ᐃᑲᐅᕐᓂᓂ 24-ᓂ ᐅᓪᓗᑕᒫᑦ, ᓯᑕᒪᐅᔪᕐᒥᒐᕐᑐᓂ ᐅᓪᓗᓂ ᐱᓇᓱᐊᕈᓯᕐᒥ. ᐊᑐᓂᑦ ᐊᑐᕐᐲᑦ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᑦᓯᐊᑐᑦ ᐃᑎᕐᕖᓗ ᐃᓪᓗᒧᑦ ᐃᑉᐱᒥᔭᐅᕐᒥᓐᓇᓯᑎᒃ.

ᑲᔪᓯᕗᒍᑦ ᓯᓕ ᕿᓂᕐᓯᑕ ᐃᓪᓗᓴᖃᕐᒥᒃ ᒪᓐᑐᕆᐊᓪᒥ ᐋᓐᓂᐊᕕᓕᐊᕐᓯᒪᔪᓂᒃ ᑲᒪᔩᑦ ᐃᓂᒥᒐᔭᕐᑕᕐᒪᓂᒃ. YMCA ᓯᓕ ᐊᑐᕐᑕᐅᑫᓐᓇᓚᕐᒪᔪᖅ ᐊᑯᓂᐅᕐᕐᒥᑐᖅ ᐊᑯᓂᒪᒑᒍᑦ ᐃᓯᐊᕐᑯᑕᐅᓗᓂ. ᑐᕿᒪᖃᕐᐳᒍᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᖃᕐᑎᓯᒥᐊᒥᒃ ᐃᓂᒥᔭᐅᓪᓚᓇᒪᔭᕐᑐᒥᒃ ᐃᓄᓐᓄᑦ ᐊᕐᕕᑕᓇᐊᖃᔫᓄᑦ ᒪᓐᑐᕆᐊᓪᒧᑦ ᖃᐅᔨᒪᔪᓕᕆᓂᓐᓄᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᑲᒪᒥᔭᐅᒥᐊᓕᓐᓄᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᕐᒥᑦᑐᓄᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ.

ᓄᓇᕕᐅᑉ ᐃᓕᓴᕐᕕᖕᒥᑦᑕ ᐱᙳᐊᓂᖕᒥᑦ

ᓯᕗᓪᓕᕚᒥ ᓄᓇᕕᐅᑉ ᐃᓕᓴᕐᕕᖕᒥᑦᑕ ᐱᙳᐊᓂᖕᒥᑦ ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᓚᐅᔪᕗᑦ ᐁᓂᓕ 7-ᒥᑦ 13-ᒧᑦ, 2011-ᒥ ᑰᑦᔪᐊᖀᐱᒻᒥ. ᐸᕐᓀᓚᓂᓚᐅᔪᔪᑦ ᑲᑎᕕᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᓕᓂᕕᒃ, ᑲᑎᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᕙᒪᖓ, ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ ᐊᓯᖕᒥᓪᓗ ᐱᓇᓱᖅᑎᕗᑦ.

ᖁᓕᓪᓗ ᓯᑕᒪᓪᓗ ᓄᓇᓖᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐅᐱᒪᑦᓯᑎᒃ ᑭᒃᒪᑐᕐᑎᒥᔭᐅᓚᐅᔪᔪᑦ ᐃᓕᓴᕐᕕᒥᓂ ᐃᓕᒧᑦ. ᐅᐱᒪᓚᐅᔪᔪᒧᑦ ᑐᙵᓯᑦᑎᓯᒥᐊᒥᒃ ᖃᓂᑦᑕᑎᓐᓂᒃ ᓄᓇᕘᕐᒥᐅᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᓪᓚᓂᒃ ᑰᑦᔪᐊᖀᐱᒥᐅᓂᒃ.

ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᑦᓯᑎᒃ ᐃᓗᓯᕐᓯᓂᐊᕐᓂᒃ, ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᕐᒥᓗ ᐊᕙᑎᓕᒻᒦᓯᑎᒃ, ᐱᙳᐊᑐᐃᑦ ᑲᑎᑦᓯᓚᐅᔪᔪᑦ 200 ᐅᖓᑖᓄᑦ ᐅᕕᖓᕐᑐᓂᒃ 11-ᒥᑦ 16-ᒧᑦ ᐅᑭᐅᓕᓐᓂᒃ ᑭᒡᒐᑐᕐᑐᓂᒃ ᖁᓕᓪᓗ ᐱᖓᔫᔪᕐᑐᓂᓪᓗ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᓐᓂᒃ. ᑖᒃᑯᐊ ᐅᕕᒃᑳᐱᑦ ᐱᙳᐊᑏᑦ ᓄᐃᑕᑎᑦᓯᓚᐅᔪᔪᑦ ᐱᓯᑎᐅᒍᑎᒥᓂᒃ ᑕᓪᓕᒪᓂ ᐱᙳᐊᕈᓯᕐᓂᒃ ᐅᑑᑎᒥᓗᒍ ᐊᕐᐸᖕᒥᕐᓂᖅ, volleyball, ᐊᔪᑦᑕᓂᖅ, basketball, ᐃᓪᓘᑉ ᐃᓗᐊᓂᓪᓗ ᖃᑭᕐᓂᖅ.

ᑕᒪᓐᓇ ᑲᑎᑦᓯᓂᖅ ᐱᕕᑦᓴᕐᑲᕐᑎᓯᓚᐅᔪᒥᔪᖅ ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒪᑦ ᐱᒍᑦᔨᕕᖓᓐᓂᒃ ᓇᐅᓕᒫᓂ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐸᕐᓀᒥᐊᒥᒃ, ᓴᓂᖀᒧᑦ ᓄᓇᕕᐅᑉ ᐃᓕᓴᕐᕕᖕᒥᑦ ᐱᙳᐊᓂᕐᑲᕐᑎᓗᖕᒥᑦ, ᐊᒥᓯᒐᓛᓂᒃ ᖃᐅᔨᕚᓪᓕᑎᑦᓯᒍᑎᓂᒃ ᐅᑯᓇᓂᒃ ᐊᑦᔨᒦᖕᒥᑐᓂ ᐊᑐᐃᓐᓇᖃᕐᑎᓯᑦᓯᑎᒃ: ᑎᒥᒃᑯᑦ ᐃᕐᕿᓕᓴᕐᓂᒥᒃ, ᓂᓚᑦᓯᐊᓂᕐᒥᒃ, ᐊᐅᒃᑯᑦ ᒪᒪᕐᓴᐅᑎᕐᑲᓗᐊᕐᓂᒥᒃ, ᑐᕚᑭᓐᓂᒥᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᑰᓐᓂᐊᓂᒃ ᐁᑦᑐᑑᑕᐅᒍᓐᓇᑐᓂᒃ.

ᑲᒃᑲᓛᑦ ᐱᔪᑦᓴᐅᔮᑐᒪᓇᐅᓚᐅᔪᔪᑦ ᐱᓇᓱᖅᑎᒦᒥᐊᒥᒃ ᐃᓕᒦᑦᑎᓯᑎᒃ, ᓂᕈᐅᓐᓂᖅᓯᑎᒃ ᐃᓕᓴᕐᕕᖓ ᓄᓇᕕᐅᑉ ᐃᓕᓴᕐᕕᖕᒥᑦᑕ ᐱᙳᐊᓂᖕᒥᑦᑕ ᖃᓪᓗᑎᐊᓗᖓᓂᒃ ᖃᓪᓗᑎᐊᓗᑦᑖᖁᔮᑦᓯᑎᒃ ᐱᓯᑎᐅᓂᕐᐸᐅᓂᕐᒧᑦ ᐱᓕᐅᑎᔪᓂ, ᐃᓗᓯᕐᓯᓯᐊᕐᓂᒧᑦ ᖃᓪᓗᑎᐊᓗᒃ ᓄᐊᑦᓯᓂᕐᒧᑦ ᐊᒥᔫᓂᕐᕚᓂ ᐃᓗᓯᕐᓯᓯᐊᕐᓂᒧᑦ ᐱᔭᐅᒪᓯᐊᕐᑐᒥᒃ ᐅᕙᓗᓐᓃᑦ ᐱᙳᐊᓂᕐᒥᒃ ᐱᑦᓯᐊᓂᕐᐸᐅᓂᕐᒥᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓕᒦᑦᑎᓯᐊᕐᑲᑕᐅᓂᕐᒥᒃ.

ᐅᐱᒍᓲᑦᔮᕗᒧᑦ ᓵᓚᕐᑲᓚᐅᕐᑐᓂᒃ ᐃᓚᐅᓚᐅᕐᑐᓕᒫᓂᓪᓗ. ᐅᐱᒍᓱᒻᒥᔪᒧᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᕈᕐᑎᓚᐅᕐᑐᓂᒃ ᑲᑐᑦᔾᔮᕐᑲᑎᑦᑎᓂᓪᓗ, ᑕᒪᑐᒥᖓ ᐱᙳᐊᓂᕐᒥᒃ ᐱᑦᓯᐊᑎᑦᓯᔪᒪᓇᐅᓚᐅᕐᑐᓂᒃ, ᓂᕈᐅᓐᓂᖅᓯᑕᓗ, ᑕᒪᓐᓇ ᑲᔪᓯᖁᑦᓯᒍ ᐊᕐᖀᒎᕐᑐᖅ.

ᓄᓇᕕᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᒍᑦᔨᓃᑦ ᓯᕗᓪᓕᐅᔭᐅᒥᐊᖃᕐᓯᒪᔪᑦ 2010-2011-ᒥ

ᐃᖅᑫᑎᑦᓯᒥᐊᕈᒪᕗᒍᑦ ᐃᓕᓐᓂᒃ ᓯᕗᓪᓕᐅᔭᐅᒥᐊᓖᑦ ᐋᖅᑭᓯᕐᑕᐅᓚᐅᔪᓪᒪᑕ ᑭᖑᓪᓕᐹᒥ ᐊᕐᕿᒍᑕᓖᕐᓯᐅᑎᒥᒃ ᑲᑎᒪᓂᕐᑲᕐᑎᓗᒍ, ᐅᒃᑑᐱᕆ 2010-ᒥ, ᐁᕆᓕ 1, 2010-ᒥ ᒫᑦᓯ 31, 2011-ᒧᑦ, ᐃᒣᓕᖕᒐᔪᑦ:

1. ᓯᖅᑯᐃᓯᓂᖅ ᐱᒍᑦᔨᓃᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᑎᑕᐅᓂᖏᓐᓂᒃ ᓄᑕᕋᑦᓴᓇᔭᐅᔪᑦ ᐃᒥᐊᓗᒻᒧᑦ ᐱᐅᓯᕐᔫᑎᑖᕐᑌᓕᑎᒐᓯᐊᕐᓗᒥᑦ;
2. ᓲᖕᒍᓲᐅᒥᑎᑦᓯᓗᑎᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᐃᓗᕐᕿᓯᖕᒐᑕ ᓯᓇᐅᓂᖕᒐᓂᒃ ᒪᒥᓴᕐᑎᓯᓂᒃᑯᑦ ᓄᐃᑦᓯᕚᓪᓕᐊᓗᑎᓪᓗ ᐃᓗᕐᕿᓯᑎᒍᑦ ᒪᒥᓴᕿᑕᐅᒍᓐᓇᑐᓂᒃ ᒪᒥᑦᐸᓕᐊᕐᑯᓗᒥᑦ;
3. ᓄᐃᑦᓯᓗᑎᒃ ᓴᐳᒻᒥᕐᑲᑎᕆᓚᖕᒐᔪᓂᒃ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᑎᑦᓯᓗᑎᓪᓗ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓂᒃ ᓲᖕᒍᓯᐅᒥᑎᒥᐊᕐᓗᒥᑦ ᐃᓚᒦᑦ ᐊᕙᑎᖓ.

ᐅᕕᒐᕐᑐᐃᑦ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᓂᖕᒐ, ᐋᓐᓂᐊᕕᓕᐊᕐᓯᒪᔪᓂᒃ ᑲᒪᔩᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᒍᑦᔨᓃᑦ ᓯᓚᑖᓃᑦᑐᑦ ᐃᓚᐅᕗᑦ ᐱᓂᐊᕐᓂᓕᕆᓂᕐᒥ ᓲᖕᒐᕐᑲᑕᐅᑎᑕᕗᑦ ᐃᓯᒫᓘᑎᒥᑦᓯᒥᓪᓗ.

ᓄᖅᑲᓇᐊᕈᓯᕐᓗᖕᒐ, ᓇᓗᓈᕐᓯᒪᒍᒪᕗᖕᒐ ᐱᓇᓯᑦᓯᐊᓂᓇᓚᐅᕐᑕᖕᒥᓐᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓂᒃ ᖃᐅᔨᒪᔪᓪᓚᕆᖕᒥᑦ ᐱᓇᓯᑦᑎᖕᒥᓪᓗ. ᐃᓗᓐᓇᑎᒃ ᐊᑐᓂᑦ ᐊᐅᓚᑦᔭᓇᐊᕈᑎᖕᒥᑦ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᔪᓪᒪᓇᐅᓲᒍᓪᒪᑕ ᐱᐅᓯᐅᒥᑎᑦᓯᓯᑎᒃ ᐃᓗᓯᑦᑎᓂᒃ. ᐱᒻᒪᕆᐅᒐᖅ ᐃᓕᑕᕐᓯᒪᒥᐊᒥᒃ ᐱᓇᓯᑦᑕᖕᒥᓐᓂᒃ, ᑕᒪᒃᑯᐊᓗ ᑲᔪᓯᔭᐅᔫᒍᑦᓯᑎᒃ ᐅᕐᑯᒣᑦᑐᐃᑦ ᐃᒻᒧᐊᒍᑦ.

ᑌᒣᒻᒪᑦ ᑲᔪᓯᒥᐊᕐᑲᕐᐳᒍᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᑎᑦᓯᓗᑕ ᐱᔪᑦᓴᐅᔮᕈᑎᑦᓴᓂᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥᖕᒥᓐᓇᕐᑯᓗᒥᑦ, ᑲᔪᓯᔪᒥᒃ ᐱᑦᓯᐊᑐᓂᒃ ᓈᒻᒪᓈᕐᑐᑯᓪᓗ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᑲᕈᒪᒍᑦᑕ. ᐊᑕᐅᓯᖅ ᐱᔪᑦᓴᐅᔮᕈᑎᒃ ᓈᒻᒪᑐᒥᒃ ᐃᑦᓗᕐᑲᕐᑎᓯᓂᖅ, ᐱᓇᓯᑦᑎᕗᑦ ᐅᓄᕐᓯᕚᓪᓕᐊᑐᐃᓐᓇᓚᖕᒐᒻᒪᑕ ᓯᕗᓂᕐᒥ.

ᓄᖅᑫᓇᓚᖕᒐᖖᒥᑐᒍᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᓇᓯᕐᑲᑎᒦᑦᓯᐊᓗᑕ ᑐᕿᒐᕗᑦ ᑎᑭᐅᑎᒐᓯᐊᕐᓗᒥᑦ. ᑕᒪᑐᒨᓇ, ᓇᑯᕐᒦᒍᒪᔪᒍᑦ ᑲᑐᑦᔨᕐᑲᑎᒥᔩᑦᑎᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᑐᑦᓯᒪᐅᑎᔪᓂᒃ ᐃᓚᐅᔪᓂ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᑦᓯᐊᓂᐊᓗᒥᔫᖕᒥᓐᓂᒃ ᑐᓂᕐᕿᑎᒥᔫᖕᒥᓐᓂᓗ.

ᐋᓚᓯ ᐊᕐᖕᒪᖅ

ᑲᑎᒪᔩᕐᒥᑦ ᓄᓇᕕᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᑐᑦᓯᒪᐅᑎᔪᓂ

ᐱᖁᔭᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐋᖅᑭᒥᐊᖅᑕᐅᓯᒪᔪᐃᓪᓗ ᐊᑦᔨᒦᕐᒥᑐᓂ ᐱᖁᔭᖅᓃᑐᑦ *(R.S.Q., 1991, ch S 4.2)*, ᑭᓪᓕᖅᑲᑦᓯᐊᑐᓂᒃ ᓄᐃᑕᑎᑦᓯᔪᖅ ᑲᑎᒪᔩᑦ ᐱᔪᑦᓴᕐᒥᓐᓂᒃ, ᐱᔭᓐᓇᐅᑎᕐᒥᓐᓂᒃ ᓲᕐᒍᓂᕐᒥᓐᓂᓗ. ᐱᖁᔭᑦ ᐱᕕᖅᑲᖅᑎᓯᒻᒥᔭᑦ ᓯᓇᒥᑦᑐᓂᒃ ᐱᕕᑦᓴᓂᒃ ᓲᖅᑯᐃᓯᖅᑯᓗᒥᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ ᑲᒪᒥᒥᐊᓕᒥᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᓇᓱᑦᑕᕐᒥᑦ ᓄᐃᑕᔪᒃᑯᑦ ᑲᔪᓯᔭᐅᑦᓯᐊᓗᑎᒃ.

ᐱᔪᑦᓴᕐᒥᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ ᐊᑦᔨᐅᕐᒥᓐᓂᕗᑦ ᐊᓯᕐᒥᓐᓂᑦ ᑲᑎᒪᔨᓂᑦ. ᑲᑎᒪᔩᑦ ᐅᑯᓂᖓ ᐱᓇᓱᒥᐊᖅᑲᖅᐳᑦ:

- ᓄᐃᑦᓯᓗᑎᒃ ᑎᒥᐅᔫᑉ ᓯᕗᓪᓕᐅᕆᒥᐊᓕᕐᒥᓐᓂᒃ ᑐᕌᒥᐊᓕᕐᒥᓐᓂᓗ;
- ᓲᖅᑯᐃᓯᓗᑎᒃ ᐱᒍᑦᔨᓃᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᑎᑕᐅᔪᑦ ᐃᑲᔪᖅᓯᐊᕋᓗᐊᖅᒪᖔᑕ, ᐃᓯᐊᖅᑑᒪᖔᑕ ᐱᑦᓯᐊᒪᖔᑕᓗᓐᓃᑦ;
- ᓲᖅᑯᐃᓯᓗᑎᒃ ᐊᑐᖅᑏᑦ ᐱᔭᓐᓇᐅᑎᕐᒥᑦ ᓯᓯᒥᓴᐅᑦᓯᐊᒪᖔᑕ ᐊᒻᒪᓗ ᐅᓐᓂᓗᒍᑎᕐᒥᑦ ᑲᒪᒥᓴᐅᑲᐱᒻᒪᖔᑕ ᐊᑯᓂᓕᑦᓯᒍᓐᓀᓗᑎᒃ;
- ᓲᖅᑯᐃᓯᓗᑎᒃ ᐃᓄᐃᑦ, ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔭᐃᑦ ᑮᓇᐅᔭᓪᓗ ᐊᓯᐸᑦᑕᐅᕐᒥᑦᑑᒪᖔᑕ ᐊᑐᖅᑕᐅᓯᐊᖅᒪᖔᑕᓗ;
- ᓲᖅᑯᐃᓯᓗᑎᒃ ᐱᓇᓱᑦᑏᑦ ᑎᒥᐅᔭᓂᒃ ᑐᓂᒪᑦᓯᐊᒪᖔᑕ ᐱᔭᑦᓴᐅᔫᖅᒪᖔᑕ ᐱᕕᑦᓴᖅᑲᑦᓯᐊᕋᓗᐊᖅᒪᖔᑕᓗ ᖃᐅᔨᒪᔭᓪᓕᕆᐅᓂᖅᒍᑦ ᐱᕙᓪᓕᐊᓇᐊᒥᒃ.

ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᕕᐅᑉ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ

ᐊᓯᑦᔨᔪᕐᑲᓚᐅᕐᒥᔪᖅ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦᑕ ᐃᓚᖏᓐᓂᒃ ᐊᕐᕌᒍᓚᐅᕐᑐᒥ.

- ᔫᓂ ᖃᕐᑯᑐᖅ ᐊᑯᓕᕕᒻᒥ ᑭᒡᒐᑐᕐᑎ
- ᑭᑎ ᐋᓇᓈᒃ ᑲᑎᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᕙᒪᖕᒐᓐᓂᒃ ᑭᒡᒐᑐᕐᑎ

- ᑭᒡᒐᑐᕐᑎᐅᑉ ᐃᓂᖕᒐ ᓯᐊᔭ ᐊᓇᐅᕐᑕᖅ ᓄᒃᕐᓯᖅ ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᒥᐊᕐᑲᓚᐅᕚᓗᐊᖅ ᕕᑭᐊᓇ 23, 2010-ᒥ; ᐃᓇᖕᒥᕐᑕᐅᓚᐅᔪᔪᖅ ᔫᓂ ᖃᕐᑯᑐᒧᑦ ᐁᓇᓕ 20, 2010.
- ᐋᓐᑎ ᒧᐊᕐᑲᐅᔅ, ᑭᒡᒐᑐᕐᑎᐅᓚᐅᔪᔪᖅ ᑲᑎᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᕙᒪᒃᑯᓄᑦ ᐃᓇᖕᒥᕐᑕᐅᓚᐅᔪᔪᖅ ᑭᑎ ᐋᓇᓈᒧᑦ ᐁᓇᓕ 20, 2010-ᒥ.

ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ ᐅᑯᓄᖕᒪ ᐃᓐᓄᑕᐅᓯᒪᔪᑦ:

- ᐊᑕᐅᓯᖅ ᑎᓕᔭᐅᓯᒪᔪᖅ ᐊᑐᓂᑦ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐃᓚᐅᑎᑦᑐᒥᑦ ᓄᓇᓂ ᓇᑐᓂᕐᑕᐅᓯᒪᔪᒥ ᐊᕕᑦᑐᓯᒪᓂᕐᒥ 530.1 (ᖁᓕᑦᑐ ᓯᑕᒪᑦᑐ ᐃᓚᐅᔪᐃᑦ);
- ᑲᔪᓯᒃᑫᔩᒃ ᑕᒣᓐᓂ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒪᓅᓐᓂ ᐊᒻᒪ ᐊᓯᖕᒐ ᑎᓕᔭᐅᓯᒪᔪᖅ ᑲᑎᒪᔨᓄᑦ ᐊᑐᓂᑦ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒪᓅᓐᓂ, ᓇᓪᓕᒃᑳᕐᑕᐅᓯᓂ ᐅᖅᑲᐅᓯᕐᑕᖕᒥᑦ ᒪᓕᑦᓯᒥᑦ ᐊᕕᑦᑐᓯᒪᓂᕐᒥ 530.13 (ᓯᑕᒣᑦ ᐃᓚᐅᔪᑦ);
- ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᑲᑎᒪ ᑎᓕᔭᐅᓯᒪᔪᖅ ᑲᑎᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᓐᓄᑦ (ᐊᑕᐅᓯᖅ ᐃᓚᐅᔪᖅ)
- ᑲᔪᓯᒃᑫᔨ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᓐᓄᑦ (ᐊᑕᐅᓯᖅ ᐃᓚᐅᔪᖅ).

ᐅᐱᒍᓲᑦᔨᕗᒍᑦ ᓂᕈᐊᕐᑕᐅᕋᑖᕐᕐᑲᒥᓐᓂᒃ. ᓇᑐᓂᕐᓯᒍᒪᑦᓯᑕᓗ ᐅᕙᑎᓐᓂᒃ ᕿᒣᓚᐅᕐᑐᓂᒃ ᓇᑯᕐᒦᓯᒥᓪᓗ ᐊᔪᐃᓐᓇᓂᕆᕐᑲᑦᑕᓚᐅᕐᑕᖕᒥᑦ.

ᑎᓯᒻᐱᕆ 5, 2010-ᒥ ᑲᑎᒪᓂᕐᑲᕐᓯᑎᒃ, ᓅᑖᓂᒃ ᐳᕐᑐᓂᕐᓴᓂᒃ ᑲᑎᒪᔨᑖᓕᓚᐅᕐᒥᔪᑦ ᑎᓕᔭᐅᔪᓂᒃ ᐃᓚᐅᔪᓄᑦ:

ᐊᕐᖓᖅ, ᐋᓚᓯ ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᔨ, ᑭᒡᒐᑐᕐᑎ ᑲᖏᕐᓱᔪᐊᒥ

ᐅᐃᑖᓗᑦᑐᖅ, ᐆᕙ ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᔨᐅᑉ ᐃᑲᔪᕐᑎᖓ ᑭᒡᒐᕐᑐᑎ ᐃᓄᑦᔪᐊᒥᒃ

ᒣ, ᔭᓂ ᐋᓚᑎ, ᑲᔪᓯᒃᑫᔨ ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᓴᓂᕐᒥ

ᐳᕐᒥᓗ, ᒫᑦᔭ ᐳᕐᑐᓂᕐᓴᓄᑦ ᐃᓚᐅᔪᖅ, ᑲᔪᓯᒃᑫᔨ ᐅᖅᒫᕙ ᑐᓕᑦᑕᕕᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒥ

ᓯᓅᕙ, ᐹᐱ ᐊᖅᒪᔪᑦᓯ ᐳᕐᑐᓂᕐᓴᓄᑦ ᐃᓚᐅᔪᖅ, ᑰᑦᔪᐊᒥ ᑭᒡᒐᕐᑐᑎ

ᖃᓄᐃᓕᖓᓂᖏᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ ᒫᑦᓯ 31, 2011-ᒥ

ᐳᕐᑐᓂᕐᓴᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ

ᐊᕐᖓᖅ, ᐋᓚᓯ	ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᔨ, ᑲᖏᕐᓱᔪᐊᒥ ᑭᒡᒐᑐᕐᑎ
ᒣ, ᔨᓂ	ᐊᓪᓚᑎ, ᑲᔪᓯᒃᕋᔨ ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᒥ
ᐳᕐᒥᓗ, ᒫᑦᔭ	ᐳᕐᑐᓂᕐᓴᓄᑦ ᐃᓚᐅᔪᖅ, ᑲᔪᓯᒃᕋᔨ ᐅᖖᕙ ᑐᓚᑦᑕᕕᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒥᒃ
ᓯᓅᐸ, ᐹᐱ ᐊᖓᔪᑦᓯ	ᐳᕐᑐᓂᕐᓴᓄᑦ ᐃᓚᐅᔪᖅ, ᑰᑦᔪᐊᒥ ᑭᒡᒐᕐᑐᑎ
ᐅᐃᑖᓗᑦᑐᖅ, ᐄᕙ	ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᔨᐅᑉ ᐃᑲᔪᕐᑎᖓ ᐃᓄᑦᔪᐊᒥᒃ ᑭᒡᒐᕐᑐᑎ

ᑲᑎᒪᔩᑦ

- ᐊᖑᑎᖕᖑᐊᖅ, ᑏᓯ — ᐊᐅᐸᓗᒻᒥ ᑭᒡᒐᑐᕐᑎ
- ᐋᓐᓇᓈᒃ, ᑭᑎ — ᑲᑎᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᕙᒪᖓᓂ ᑭᒡᒐᑐᕐᑎ
- ᐹᕋᓐ, ᑲᔅᑏᓇ — ᑲᖏᕐᓱᐊᓗᑦᔪᐊᒥ ᑭᒡᒐᑐᕐᑎ
- ᐳᑐᐃᓐ, ᓴᓐ — ᐃᓅᓕᑦᓯᕕᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒥ ᑲᔪᓯᒃᕋᔨ
- ᑯᑦᑐᓛ, ᑐᐃᓴ — ᖁᐊᖅᑕᒥ ᑭᒡᒐᑐᕐᑎ
- ᖁᒫᓗᒃ, ᐅᐃᓕ — ᐅᒥᐅᔭᕐᒥ ᑭᒡᒐᑐᕐᑎ
- ᒪᖕᒥᐅᖅ, ᖁᒪᖅ — ᐃᕗᔨᕕᒻᒥ ᑭᒡᒐᑐᕐᑎ
- ᖃᐅᕋ, ᐋᓂ ᒪᓂᒃ — ᑕᓯᐅᔭᕐᒥ ᑭᒡᒐᑐᕐᑎ
- ᓂᕕᐊᕐᓯ, ᓕᓯ — ᑰᑦᔪᐊᕌᐱᒥ ᑭᒡᒐᑐᕐᑎ
- ᐸᓪᓚᔫᖅ, ᔫᓯᐱ — ᐃᓅᓕᑦᓯᕕᒃ ᑲᑎᒪᔨᓂᒃ ᑭᒡᒐᕐᑐᑎ
- ᐸᐅᔪᖏ, ᐃᓪᓚᓯᒃ — ᓴᓪᓗᓂ ᑭᒡᒐᑐᕐᑎ
- ᖃᖅᖁᑐᖅ, ᔮᓂ — ᐊᑯᓕᕕᒻᒥ ᑭᒡᒐᕐᑐᑎ
- ᓯᓅᐸ, ᐹᐱ — ᑰᑦᔪᐊᒥ ᑭᒡᒐᑐᕐᑎ
- ᑲᓇᐃ ᑕᖅᑭᐊᐱᒃ, ᔫᓯ — ᑲᖏᕐᓱᒥ ᑭᒡᒐᑐᕐᑎ
- ᐅᐃᑦᑕᖓ, ᐃᓕᓴᐱ — ᐳᕕᕐᓂᑐᕐᒥ ᑭᒡᒐᑐᕐᑎ

ᒪᓕᒐᕐᓂᒃ ᓄᑖᓂᒃ ᐊᓂᒎᑎᑎᑦᓯᒥᐊᓪᓚᓚᐅᔪᖕᖏᑐᑦ ᐊᓯᑦᔨᑐᐃᒐᑎᑦᑐ ᐊᕐᖂᒎᓚᐅᕐᑐᒥ.

ᐳᕐᑐᓂᕐᓴᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᔩᑦ

ᑲᔪᓯᒃᑫᔨᐅᑉ ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑎᖕᒐ

ᓄᑕᕋᕐᑖᑐᕕᓂᐅᑦᓯᖕᒐ ᐅᑎᕋᒪ ᐱᓇᓯᖕᕕᒧᑦ ᔫᓄᐊᓇ 2010-ᒧᑎᓪᓗᒍ, ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ ᑕᑦᓯᐊᑎᓪᓗᒍ ᐱᔪᑦᓴᓂ ᓯᕗᓪᓕᐅᔨᒥᐊᓕᖕᓂᒃ ᐅᑎᓚᐅᔪᔪᖕᒐ, ᐃᓚᐅᑎᓪᓗᒥᑦ ᐊᖕᒥᕐᑲᑎᒦᒐᓯᐊᕐᓃᑦ *ministère de la Santé et des Services sociaux*-ᑯᓪᓗ ᐱᑦᔪᑎᖅᑲᕐᓯᑎᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐋᖅᑭᓯᒪᐅᑎᑦᓴᒧᑦ ᐸᕐᓀᓯᒪᐅᑎᓂᒃ. ᐅᐱᒍᓯᐸᒍᑦ ᑐᓴᕐᑎᓯᒥᐊᒥᒃ ᐸᕐᓀᓯᒪᐅᑎᓕᐊᓇᓯᒪᔭᕗᑦ ᐱᔭᓈᕐᓯᒪᓕᕐᒪᑦ, ᐊᐅᒍᔅᑎ 2010-ᒥ, ᓇᑯᕐᒦᐳᒍᑦ ᓄᖅᑲᓚᐅᕐᓯᒪᖕᖕᒥᑐᓂᒃ ᐊᔪᐃᓐᓇᕋᓯᐊᕐᑎᕐᑲᕋᑦᑕ ᐱᓇᓯᑦᑎᑎᓂᒃ ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᒥ, ᓴᐳᑦᔭᐅᓯᑕᓗ ᑲᑎᒪᔨᑦᑎᓄᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᑲᔪᕐᑎᕐᑲᕐᓯᑕ ᑐᖅᑲᑕᕐᕕᑯᓐᓂᒃ. ᕐᑲᓄᐃᖕᖕᒥᓯᐊᓇᐊᕐᑲᕐᓂᖕᒥᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᑦ ᑕᖕᒥᕐᑕᓇᔭᐅᑎᓪᓗᒍ ᑎᓕᔭᐅᒪᐅᑎᑦᑎᓄᑦ, ᓯᖅᑯᐃᓯᓯᒪᔪᒍᑦ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᓇᓂᕐᒥᓗ ᐱᒍᑦᔨᓃᑦ ᐱᑐᑦᓯᒪᐅᑎᔪᑦ ᑲᔪᓯᑎᑦᓯᒥᑦ ᐋᖅᑭᒥᐊᕐᓯᒥᓪᓗ ᐱᒍᑦᔨᓃᑦ ᑭᖕᖕᔫᒪᓇᕐᑐᑦ ᑐᖀᕐᑐᐃᑦ ᐃᓄᓐᓄᑦ.

ᕕᐱᐊᓇ 2, 2010-ᒥ, ᑐᓂᔭᓚᐅᔪᒍᑦ ᕐᑲᓄᐃᓕᖕᒐᓕᕐᓂᑎᓂᒃ ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑎᓂᒃ ᑲᐸᒪᒃᑯᑦ ᑲᑎᒪᔨᖕᒥᓐᓄᑦ, ᑖᒃᑯᐊᓗ ᐱᔭᐅᒥᐊᒥᒃ ᐊᓕᐊᒥᔭᐅᓚᐅᔪᑦᓯᑎᒃ.

ᐊᕐᕿᒍᕐᒥ, ᐱᓇᓯᕐᑲᑎᕐᑲᑦᓯᐊᓚᐅᔪᒪᒥᔪᑦ ᐃᓅᓕᑦᓯᕕᒻᒥᒃ ᑐᓚᑦᑕᕕᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒥᓗ ᐃᓚᕐᑲᕐᓯᑕ ᑲᑎᒪᔨᑦᑎᓂᒃ ᐱᒻᒪᕆᓐᓂᒃ ᑲᒪᒥᒥᐊᓕᑦᑎᓂᒃ, ᐅᑦᔫᑎᒥᓗᒍ ᓄᑦᑎᑕᐅᓂᖕᒐᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᓕᐊᕐᓯᒪᔪᑦ ᑲᒪᔨᖕᒥᑦᑕ ᐊᑦᓚᕕᖕᒥᓐᓂᒃ, ᑖᓐᓇ ᐱᒍᑦᔨᓂᖅ ᐊᑐᐃᓐᓇᕐᑲᕐᑎᓯᔫᖅ ᓯᓂᑦᑕᕕᒻᒥᒃ ᐊᓯᖕᒥᓐᓂᓗ ᐃᑲᔪᕐᓯᐅᑎᐅᔫᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒧ ᐊᐅᓚᑕᐅᑦᓯᑎᒃ ᐊᐅᓪᓚᔫᓄᑦ ᒪᓐᑐᐱᐊᓪᒍᑦ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᖅ ᐱᑦᔪᑎᒥᑦᓯᒍ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᖕᒥᑦᑐᖅ ᐃᓄᐃᑦ ᓄᓇᖕᒐᓐᓂ. ᑕᒐᑕᒐᐅᑎᓪᓗᒍ, ᒪᓐᓇᓯᐅᑎᒥᒃ ᐋᖅᑭᒪᑎᑦᓯᔪᒍᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᑲᔪᓯᕗᒍᑦ ᕿᓂᕐᓯᑕ ᐃᓂᑦᓴᒥᒃ ᑭᖕᖕᔫᒪᔭᕗᑦ ᒪᓕᓪᓗᒍ.

ᐊᓯᖕᒐ ᓯᕗᓪᓕᐅᔨᒥᐊᕐᑲᓚᐅᕐᒥᔭᕗᑦ ᑕᑉᐸᓂ ᐊᕐᕿᒍᕐᒥ ᐅᕕᒐᕐᑐᓂᒃ ᐃᕕᕐᑎᓯᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ. ᑲᑎᒪᒥᐊᓚᐅᔪᔪᑦ ᐃᓚᕐᑲᕐᓯᑕ ᐳᕐᑐᓂᕐᓴᓂᒃ ᑲᑎᒪᔨᓂᒃ ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᒥ, ᐃᓅᓕᑦᓯᕕᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐅᖕᒎᐸ ᑐᓚᑦᑕᕕᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒥᒃ, ᐅᕐᑳᕐᑲᑎᒦᓚᐅᔪᔪᑦ ᕐᑲᓄᖅ ᑐᑭᒧᐊᑦᓯᐊᑭᓐᓇᓂᐊᕐᒪᖕᒎᑦ ᑖᒃᑯᐊ ᑭᖕᖕᔫᒪᓇᕐᑐᑦ ᐱᒍᑦᔨᓃᑦ.

ᐃᓚᐅᑎᑕᐅᒪᔪᑦ ᐅᑭᐅᕐᑕᑐᒍᐊᖕᒐᔪᓂᒃ ᐸᕐᓀᓯᒪᐅᑏᑦ ᐱᓇᓯᑦᑕᐅᓂᖕᒥᓐᓂ ᐊᒻᒪᓗᒥᐊᓪᓚᒃ ᐱᒻᒪᕆᓐᓂᒃ ᐅᕐᑳᕐᑲᑎᕐᑲᕐᓯᑕ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᓂᑦ ᑲᐸᒪᒃᑯᓗ ᑭᒻᒪᑐᕐᑎᖕᒥᓐᓂᒃ ᑕᒪᑐᒪ ᐱᑉᐸᓕᐊᔭᐅᓂᖕᒐᓄᑦ.

ᐱᓂᐊᕐᓂᓕᓇᔭᐅᓂᖕᒐ ᐊᓂᖅᑭᓇᖕᖕᒥᑕᒥᓂ ᐃᓕᓴᓇᐊᕐᑎᑕᐅᓚᐅᕐᑐᕕᓃᑦ ᓯᕗᓪᓕᐅᔭᓚᐅᕐᒥᔭᕗᑦ ᑕᑉᐸᓂ ᐊᕐᕿᒍᕐᒥ. ᑖᓐᓇ ᓵᑉᑕᓇᔭᐅᔪᖅ ᐱᐅᓯᓇᓯᒪᔭᑦᑎᓂ ᐊᑯᓂᖕᖕᒍᕐᑲᑦᓯᒍ ᓈᓪᒪᓈᖕᖕᒥᑐᒍᑦ ᓯᕐᓗᓯᒪᓪᓕᓇᑦᓯᒪᔪᖅ ᐃᓅᓯᑦᑎᓂ. ᐅᑦᓗᒥ, ᐃᓄᐃᑦ ᑕᒐᑕᒐ ᓲᖕᖕᒐᓯᓕᕐᑐᑦ ᐱᔭᓇᐊᑑᑲᓪᓚᓂᒃ

ᐅᑎᕐᑕᑐᐃᓐᓇᑐᓂᒃ ᑭᖑᕚᓃᓂ: ᑕᑯᒥᐊᖅᐳᒍᑦ ᐋᕐᕿᒍᑎᑦᓴᓂᒃ ᓱᕐᖁᐃᓱᑦᓯᐊᕐᖁᓗᑕ ᒪᓕᓐᓂᕆᓂᐊᕐᑕᑎᓐᓂᒃ. ᐆᖅᑲᔭᐅᖅᑲᑦᑕᓚᐅᕗᑦ ᐃᓕᓵᕐᓚᐅᓯᒪᕗᓄᑦ ᐊᓂᕐᕋᕆᖕᒥᑕᒥᓂᒃ ᐃᓕᓴᕆᐊᕐᑎᑕᐅᓯᒪᕗᐱᓅᑦ ᕿᑐᕐᖓᖕᒥᑦᓗ, ᓂᕆᐅᓐᓂᖅᑫᓗᐊᕐᑐᖓ ᖃᓄᑐᐃᓐᓇᓕᒫᑦᓯᐊᖅ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᒥᐊᖅᑲᕐᓂᑎᓐᓂᒃ ᐃᓗᓐᓇᖕᒥᓐᓂᒃ ᐳᕐᑐᓕᓅᓄᑦ ᑲᕙᒪᓐᓄᑦ. ᑕᒪᓐᓇ ᐱᔭᓅᑕᐅᒣᑦᑐᖅ ᖁᐊᕐᓵᖕᒪᓂᐅᓯᒪᕗᖅ ᓄᐃᑕᑎᑦᓯᕗᖅ ᐱᒻᒪᕆᐊᓗᒻᒥᒃ ᐊᕝᕕᐊᓗᑕᒥᒃ ᖃᓄᐃᖖᒥᓯᐊᕐᓂᕆᒥᐊᓕᑦᑎᓄᑦ, ᐊᒻᒪᓗ ᑲᒪᒥᒥᐊᖅᑲᕐᓯᒍ ᓯᕗᓂᑦᓴᓕᐅᑦᓯᐊᕈᒪᑐᐊᕈᑦᑕ.

ᑭᖑᑦᓕᕖᒥ, ᓇᑯᕐᒦᒍᒪᕗᖓ ᐱᓇᓱᖅᑲᑎᒃᑲᓂᒃ ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᖁᓂᑦᓗ ᐱᒍᑦᖁᕕᓐᓂᒃ ᓄᕐᖃᔪᐃᑦᑑᓯᑎᒃ ᐊᔪᐃᓐᓇᐅᖁᓰᒍᓂᖕᒥᓐᓂᒃ ᓴᐳᒻᒥᓯᑎᒃ ᐅᕙᓐᓂᒃ ᐱᔭᑦᓵᕚᖕᒪᑦᓗ ᐊᒻᒪᓗ ᓱᕐᖁᐃᑕᐅᓯᒪᕗᑦ ᓯᕗᑦᓕᐅᔭᐅᒥᐊᖅᑲᕐᓯᒪᑦᓯᑎᒃ ᓇᓗᓅᕐᑕᐅᓚᐅᕗᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦᑎᓄᑦ ᐃᓗᓐᓇᑎᒃ ᓈᖕᒪᔭᐅᒥᐊᓖᑦ ᐱᓇᓯᑦᑕᐅᒪᑕ. ᓇᑯᕐᒦᒍᒪᒻᒥᕗᖓ ᐱᓇᓱᖅᑲᑎᒥᓲᑦᑎᓂᒃ ᑲᔪᓯᕗᒥᒃ ᓴᐳᒻᒥᓲᒍᒻᒪᑕ ᑲᑐᑦᖄᖅᑲᑕᐅᑦᓯᑎᑦᓗ ᓯᕗᓂᑦᓴᓯᐊᕐᒍᑦ ᑐᕌᕐᑎᓯᑦᓯᑎᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ. ᑭᖑᑦᓕᕚᑦᓯᐊᒥ, ᓇᑯᕐᒦᒥᕗᖓ ᑲᑎᒪᖄᓂᒃ ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᖄᒥᑦᓗ, ᐋᓚᓯ ᐊᖕᒪᒥᒃ, ᓄᐃᑕᑎᑦᓯᒦᓚᐅᕐᒥᕗᒥᒃ ᑐᓂᒪᓂᕐᒥᓂᒃ ᓄᓇᕕᒻᒍᑦ ᐃᓄᖕᒥᓐᓄᓗ. ᑖᓐᓇ ᐊᕐᕈᒍ ᐱᐅᕗᑐᐃᓐᓇᓂᒃ ᓄᐃᑦᓯᓚᐅᕐᑐᖅ, ᓂᕆᐅᒥᔭᖅᑦᓯᐊᓚᖕᒪᕆᐳᒍᑦ ᑌᒫᑦᓴᓈᖁᓗᒥᑦ ᐊᕐᕌᒍᕐᓂ ᕿᕗᓂ. ᓇᑯᕐᒦᒃ!

ᔮᓂ ᒣ

ᓄᓇᕕᒃ ᑲᕙᒪ

ᐊᕐᕿᒍ 2010-2011 ᑕᑯᑎᑦᓯᓚᐅᕐᑐᖅ ᐱᓇᓯᒻᒪᕆᑦᑐᓂᒃ ᓄᓇᕕᒃ ᑲᕙᒪᓕᕆᓂᐅᑉ ᐊᓪᓚᕐᑯᑎᖏᓐᓂᒃ. ᑭᖑᓪᓕᕚᒥ ᐊᖏᕐᑲᑎᒌᒍᑎᒃ ᓄᐃᑕᐅᒐᓯᐊᕐᓂᖓᓂ ᑖᑦᓯᒪ ᑎᒥᐅᔫᑉ ᐊᒻᒪᓗ ᐅᕐᑲᐅᓯᕆᔭᐅᕐᑲᑦᑕᓚᐅᕐᑐᑦ ᑕᒪᓐᓇ ᐱᓇᓯᑦᑕᐅᓂᖓᓂ ᐅᕐᑳᒍᑎᒥᔭᐅᕐᑲᑦᑕᓚᐅᕐᑐᑦ ᑖᒃᑯᓇᓂ ᑎᒥᐅᔪᓂᒃ ᐊᖏᕐᑲᑎᒥᔭᐅᒐᓯᐊᕐᑐᓂ: ᒪᑭᕝᕕᒃ ᑯᐊᐳᕇᓴᓐ, ᑳᓇᑕᐅᑉ ᑲᕙᒪᖓ ᑯᐯᒃ ᑲᕙᒪᖓᓄᑦᓗ. ᑲᑎᒪᔨᒋᑦ ᑲᔪᓯᔪᒥᒃ ᑐᓴᕋᑦᓴᓂᒃ ᖃᓪᒥᓂᑕᐅᓂᕐᕚᓂᒃ ᑐᓴᕐᑎᑕᐅᕐᑲᑦᑕᓚᐅᕐᑐᑦ ᐊᑕᐅᓯᖕᖑᑎᑕᐅᒐᓯᐊᕐᓂᖓᓂᒃ ᑖᒃᑯᐊ ᐱᖓᓯᐃᑦ ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐱᒍᑦᔨᕖᑦ - ᑲᑎᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᕙᒪᖓ, ᑲᑎᕕᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᓕᕆᓂᖅ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᖅ - ᐊᒻᒪᓗᒥᐊᓪᓚᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐊᕐᑯᕝᕕᒪᕆᒃ (ᓂᕈᐊᕐᑕᐅᒪᑦᓯᑎᒃ ᑎᒥᐅᔪᑦ), ᐃᓂᓪᓚᓯᒪᓂᖓ ᐱᔪᓐᓇᐅᓂᖏᑦ, ᓄᑦᑎᑎᑕᐅᕙᓪᓕᐊᓂᖓ ᓇᑉᐸᑎᑕᐅᕙᓪᓕᐊᓂᖓᑕᓗ ᐸᕐᓀᑕᐅᒪᓂᖓ.

ᐊᖏᕐᑲᑎᒌᒪᓯᐊᕐᑏᑦ ᐊᒥᓲᓂᕐᓴᐅᓯᑎᒃ ᐊᖏᕐᑲᑎᒌᒍᓐᓇᓯᓚᐅᔪᔪᑦ ᐅᕐᑲᐅᓯᕐᑕᖏᓐᓂᒃ ᑭᖑᓪᓕᕚᒥ ᐊᖏᕐᑲᑎᒌᒍᑎᐅᓚᖓᔫᑉ; ᔩᑭᐊᒍᒐᓗᐊᖅ, ᓴᐳᒻᒥᔮᑦ ᑲᑐᑦᔮᕐᑲᑎᒌᑦᑐᓄᑦ ᒪᓕᑦᑕᐅᓯᑎᒃ, ᐊᕐᕕᑕᓚᐅᔪᔪᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᓄᑦ ᑐᓴᕐᑎᓯᒥᐊᕐᑐᓯᑎᒃ ᐃᓄᓐᓂᒃ. ᐃᓄᓕᒫᕐᑎᓯᑦᓯᑎᒃ ᑲᑎᒪᓂᕐᑲᕐᑎᓯᕐᑲᑦᑕᓚᐅᔪᔪᑦ, ᐊᖏᕐᑲᑎᒌᒪᓯᐊᕐᑏᑦ ᐊᐱᕐᔫᑎᓂᒃ ᑭᐅᕐᑲᑦᑕᑎᓪᓗᒥᑦ, ᐊᑐᓂᑦ ᓄᓇᓕᓐᓂ.

ᑭᖑᓪᓕᕚᒥ ᐊᖏᕐᑲᑎᒌᒍᑎᒃ ᑐᑭᓯᑎᑦᓯᓂᐅᓚᐅᔪᔪᖅ ᒪᕐᕈᐃᓕᖓᓗᓂ ᐱᓇᓯᑦᑕᐅᓂᖓ ᓇᑉᐸᑎᑕᐅᒥᐊᓚᖓᓂᖓᓂᒃ ᓄᓇᕕᒃ ᑲᕙᒪᐅᑉ. ᓯᕗᓪᓕᕚᒥ ᐱᓇᓯᑦᑕᐅᒥᐊᕈᑎᖓ ᓄᐃᑦᓯᓗᓂ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᕙᒪᖓᓂᒃ ᐊᑕᐅᓯᖕᖑᑎᓪᓗᒥᑦ ᐱᖓᓯᐃᑦ ᓇᐅᓕᒫᓂ ᑎᒥᐅᑦᓯᑎᒃ ᐱᒍᑦᔨᓂᓖᑦ ᓇᓗᓀᕐᑕᐅᕋᓐᓇᑐᑦ ᕐᑯᓖᓂ ᐊᒻᒪᓗᒥᐊᓪᓚᒃ ᑭᓪᓕᕐᑲᕐᑎᓯᑦᓯᑎᒃ ᐱᕐᑯᔭᑎᒍᑦ ᕐᑲᓄᐃᓕᖓᒻᒪᖕᒫᑦ, ᐱᔪᓐᓇᐅᑎᖏᑦ, ᑲᒪᒥᓚᖓᔭᖏᑦ, ᐃᓂᓪᓚᓯᒪᓂᕆᓚᖓᔭᖓᓗ—ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐊᕐᑯᕝᕕᒪᕆᐅᑉ, ᐳᕐᑐᓂᕐᓴᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ—ᐊᐅᓚᑦᓯᔨᖏᓪᓗ. ᓯᕗᓪᓕᕚᒥ ᐱᓇᓯᑦᑕᐅᒥᐊᕐᖓᐅᑎᖓ ᐃᓚᕐᑲᓚᐅᔪᒻᒥᔪᖅ ᓂᕈᐊᕐᓂᐅᒐᔭᕐᑐᒥᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐊᕐᑯᕝᕕᒪᕆᒻᒥ, ᐳᕐᑐᓂᕐᓴᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᓐᓂ, ᑮᓇᐅᔭᕐᑑᑎᐅᒐᔭᕐᑐᑦ ᐊᕙᓗᓕᕐᑕᐅᒪᐅᑎᖏᑦ, ᑲᑎᒪᔨᓂᒃ ᐊᔪᕐᑮᒥᐊᕐᑎᖏᑦᑕ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᐅᓯᕐᔫᑎᐅᖕᖏᑐᒃᑯᑦ ᐊᔪᕐᑮᒥᐊᕐᑏᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ, ᐁᑉᐯᖏᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ ᐱᑦᔪᑎᕐᑲᕐᓯᑎᒃ ᓇᕐᑳᐱᒃᑯᓂ ᐊᒻᒪᓗ, ᑭᖑᓪᓕᕚᒥ, ᐱᓇᓯᕐᑲᑎᒦᓐᓂᐅᓚᖓᔪᑦ ᐳᑐᕐᓕᕇᓂ ᑲᕙᒪᓐᓂ, ᒪᑭᕝᕕᒃ, ᑯᔩ (ᐊᓪᓚᑦ), First Nations-ᑯᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᓴᓂᒥᐅᑕᖏᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᑳᓇᑕᒥᐅᑦ. ᓯᕗᓪᓕᕚᑉ ᐱᓇᓯᑦᑕᐅᒥᐊᕐᖓᐅᑎᖓ ᐃᓯᓕᒐᔭᓚᐅᔪᔪᖅ ᓄᑦᑎᑎᕆᓂᕐᒍᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ.

ᑐᕿᒐᕐᑲᓚᐅᔪᔪᖅ ᑐᖓᓕᖓ ᐱᓇᓯᑦᑕᐅᓂᕆᓚᖓᔭᖓ ᑭᖑᓪᓕᕚᕐᓯᐅᑎᒥ ᐊᖏᕐᑲᑎᒦᓐᓂᓚᕆᐅᓚᖓᔪᖅ "ᐊᖏᕐᑲᑎᒌᒪᓯᐊᕐᓗᑎᒃ ᐃᓚᒥᐊᕈᑎᐅᒪᔭᕐᑐᓂᒃ ᐊᖏᕐᑲᑎᒌᒍᑎᒍᑦ ᐅᕝᕙᓗᓐᓃᑦ ᐃᓚᒥᐊᕈᑎᓂᒃ ᐊᖏᕐᑲᑎᒌᒍᑎᓂᒃ ᑖᒃᑯᐊᓗ ᐱᕕᕐᑲᕐᑎᓯᒍᓐᓇᕿᔭᕐᓯᑎᒃ, ᒥᐊᕐᑲᕈᑎᒃ, ᓄᑖᓂ ᐱᔪᓐᓇᐅᑎᓂᒃ ᓄᓇᕕᒃ ᑲᕙᒪᒍᑦ ᑭᓪᓕᕐᑲᕐᑎᑕᐅᒍᓐᓇᑐᓂᒃ ᐃᓚᒥᐊᕈᑎᒥᒃ ᐊᖏᕐᑲᑎᒌᒍᑎᒥᒃ ᐅᕝᕙᓗᓐᓃᑦ ᐃᓚᒥᐊᕈᑎᓂᒃ ᐊᖏᕐᑲᑎᒌᒍᑎᓂᒃ ᑖᒃᑯᐊᓗ ᐱᔪᑦᓴᐅᔫᕐᑎᑕᐅᓯᒪᑦᓯᑎ ᐃᒫᖅᑫᕈᑎᓕᐊᕕᓂᕐᓄᑦ 2001-ᒥ ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑎᓕᐊᕕᓂᕐᓄᑦ ᓄᓇᕕᒃ ᑲᒥᓯᓇᓄᑦ ᐊᑎᓖᑦ "ᐊᒥᖅᑳᓗᑕ: ᐊᖅᑯᓯᐅᕐᓂᒃ ᑲᕙᒪᑦᓴᒍᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ."

ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᑦ ᕐᑫᕐᑯᔭᐅᓕᓚᐅᔪᒻᒥᔪᑦ ᐅᕐᑳᒥᐊᕐᑐᕐᑯᔭᐅᑦᓯᑎᒃ ᐃᓯᒪᒥᓂᒃ ᑭᖑᓪᓕᐹᒥ ᐊᖏᕐᑲᑎᒌᒪᓯᐊᕐᓂᒥ ᓂᕈᐊᕆᐊᕐᑐᕐᑯᔭᐅᑦᓯᑎᒃ ᐁᕆᓕ 27, 2011-ᒥ. ᐊᒥᓲᓂᕐᓴᑦ ᓂᕈᐊᕐᑏᑦ ᐊᐅᑳᓚᐅᔪᔪᑦ ᑭᖑᓪᓕᐹᒥ ᐊᖏᕐᑲᑎᒥᒪᓯᐊᕈᑎᒥᒃ ᓄᐃᑕᐅᒪᓯᐊᕐᓂᖕᒪᓂᒃ ᓄᓇᕕᒃ ᑲᕙᒪᐅᑉ.

ᐅᐃᒪᓇᕐᑐᕐᑲᓂᕐᒪᑦ ᐋᓐᓂᐊᕕᓂᐊᓚᐅᕐᑎᓇᒍ ᐱᒍᑦᓵᓃᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐅᐃᒪᓇᕐᑐᕐᑲᓂᕐᒪᑦ ᑲᒪᒥᐊᕐᑲᕐᓂᖅ

ᐅᐃᒪᓇᕐᑐᕐᑲᓂᕐᒪᑦ ᐋᓐᓂᐊᕕᓂᐊᓚᐅᕐᑎᓇᒍ ᐱᒍᑦᓵᓃᑦ

2010-2011-ᒥ ᐊᒥᓲᓂᕐᓴᑦ ᕐᑯᓕᑦᓗ ᒪᕐᕈᓗ ᓄᓇᓖᑦ ᑲᒪᕐᑲᑕᐅᒥᐊᕐᖓᓂᕐᒧᑦ ᐱᒍᑦᓴᓂᖓ ᓇᕐᐸᑎᑕᐅᓯᒪᓕᕐᑐᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᑦᓚᒍᓐᓇᓯᑎᑦᓯᒍ ᐱᒍᑦᓴᓂᖅ. ᐃᓗᐃᑦᑐᒥᒃ ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑕᐅᒍᓐᓇᓯᓚᐅᕐᑐᑦ ᑲᒪᕐᑲᑕᐅᒥᐊᕐᖓᓲᑦ ᐋᓐᓂᑐᕐᑲᕐᒪᑦ ᐅᑯᓇᓂ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᓯᖏᓐᓂ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᑎᑕᐅᑦᓯᓂ:

ᐃᓄᑦᔪᐊᖅ:	ᒣ 2010
ᓴᓪᓗᐃᑦ:	ᓯᑎᒻᐱᕆ 2010
ᑲᖏᕐᓱᐊᓗᑦᔪᐊᖅ:	ᓅᕕᒻᐱᕆ 2010
ᑲᖏᕐᓱᖅ:	ᓅᕕᒻᐱᕆ 2010
ᑲᖏᕐᓱᔪᐊᖅ:	ᕕᕈᐊᕆ 2010

ᒫᑦᓯ 2010-ᒥ, ᓯᕗᓪᓕᐹᒥ ᐳᕐᑐᓯᒥᐊᑦᓚᐅᑎᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᓂᖅ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᑎᑕᐅᓕᓚᐅᔪᒻᒥᔪᖅ ᓄᓇᕕᒻᒥ. ᑐᖁᒪᓪᓚᓇᖕᒪ ᐳᕐᑐᓯᒥᐊᕐᑕᐅᓂᖕᒪ ᐱᒥᐅᕐᓴᓂᐅᑉ ᑲᔪᓯᔪᒥᒃ ᑲᒪᕐᑲᑕᐅᒥᐊᕐᖓᑐᑦ ᐱᔪᓐᓇᓯᓯᒪᓕᓐᓃᕐᑕᒥᓂᒃ ᓇᓗᓕᕐᑯᓇᒥᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᒥᐅᓕᐅᒥᕐᑯᑦᓯᒥᑦ ᐊᓯᖏᓐᓂᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᓗᒥᑦ ᓄᑖᓂᒃ ᑲᒪᒥᒥᐊᕐᑲᕐᒥᔭᖏᓐᓂᒃ, ᐊᑐᕈᓐᓇᓖᕐᑐᖅ ᐋᓐᓂᐊᔪᑉ ᓂᒪᓃᒃᑯᑎᖏᑦᑕ ᐱᐅᒃᒍᑎᖏᓐᓂᒃ ᑕᒪᑕᒪ ᐊᑐᕆᐊᑦᓚᕕᕐᑲᕐᑲᑦᑕᓚᐅᔪᖕᒪᑕ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑕᐅᓯᒪᑦᓯᐊᖖᒥᒻᒧᑦ.

ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑦᓯᓂᖅ ᐋᕐᕿᒥᐊᕐᑕᐅᒥᐊᓪᓚᓇᐊᕐᑲᓚᐅᕐᑐᖅ ᑲᒪᕐᑲᑕᐅᒥᐊᕐᖓᑐᐃᑦ ᐱᒥᐅᓕᐅᒥᕐᑯᑦᓯᒥᑦ. ᑕᕝᕙᓂ ᐊᕐᖁᒍᕐᒥ, ᐱᒥᐅᕐᓴᓇᐊᓪᓚᓕᕐᓂᒥᔪᑦ ᐃᓄᑦᔪᐊᒥ, ᐅᒥᐅᔭᕐᒥ ᑰᑦᔪᐊᕿᐱᒥᓗ, ᐳᕐᑐᓂᖕᒥᑦ ᐋᕐᕿᐊᕐᑕᐅᑎᑦᓗᒥᑦ ᒪᓕᑦᓯᒥᑦ ᑲᒪᕐᑲᑕᐅᒥᐊᕐᖓᓲᑦ ᐳᕐᑐᓂᖕᒥᑦ ᐊᑐᓂᑦ ᓄᓇᓕᓐᓂ. ᓯᕗᓂᕐᒥ, ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᓛᕐᑐᑦ ᓯᕐᑯᐃᓯᐊᕐᑯᓗᒥᑦ ᑲᒪᕐᑲᑕᐅᒥᐊᕐᖓᓲᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᕐᑲᕐᓯᐊᕐᑯᓗᒥᑦ, ᐊᒻᒪᓗ ᐳᕐᑐᓂᓴᒨᕐᑲᑦᑕᓗᒥᑦ ᑲᒪᕐᑲᑕᐅᒥᐊᕐᖓᓇᐊᓃᑦ ᐱᔪᓐᓇᓂᖕᒥᑦ ᒪᓕᑦᓗᒥᑦ.

ᓄᓇᕕᒻᒥ ᓯᕗᓪᓕᐹᒥ ᑲᒪᕐᑲᑕᐅᒥᐊᕐᖓᓲᑦ ᐱᒍᑦᓵᓂᕐᒥᒍᑦ ᑲᒪᕐᑲᑦᑕᓯᒪᓕᕐᑐᑦ 810-ᕕᑦᓯᑎᒃ ᐊᕐᖁᒍᑉ ᐃᓗᐊᒍᑦ. ᐊᕐᖂᖑᓕᒫᒥ ᑐᑭᓕᑦ ᒥᑦᓴᐅᓵᕐᓯᒥᑦ ᐱᖕᒐᓯᕕᑦᓯᑎᒃ ᑲᒪᒥᐊᓖᑦ ᐅᑦᓗᑕᒫᑦ ᓄᓇᕕᓕᒫᒥ.

ᑕᕝᕙᓂ ᐊᕐᖁᒍᕐᒥ, ᓇᓗᓃᕐᓯᐅᑏᑦ ᑲᒪᕐᑲᑕᐅᒥᐊᕐᖓᓲᓂᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᓄᐃᑕᐅᓕᓚᐅᕐᒥᔪᖅ. ᑖᓐᓇ ᓇᓗᓃᕐᓯᐅᑎ

ᐊᐅᓚᑦᓯᒍᓐᓇᓯᑎᑦᓯᓚᖕᖓᔭᖅ ᑲᒪᒃᑲᑕᐅᒥᐊᖕᖓᔫᑦ ᐱᕙᓪᓕᐊᓂᖕᒥᓐᓂᒃ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐊᑐᓂᑦ. ᓯᕗᓂᕐᒥ ᐊᑐᕐᓂᖅᑲᑦᓯᐊᖄᕐᑐᖅ ᐋᖅᑭᒥᐊᕐᑕᐅᖅᑲᑦᑕᓇᐊᖅᑲᓕᕐᐸᑕ ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑦᓯᒍᑏᑦ ᐊᑐᓂ ᓄᓇᓕᓐᓂ. ᒪᓕᓪᓗᑎᒃ ᐱᔭᓐᓇᓂᕐᒥᓐᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓕᓐᓂᐊᕐᓯᒪᓕᕐᑕᕐᒥᓐᓂᒃ. ᓇᓗᓀᕐᓯᒍᑎᒃ ᑭᓇᐅᓂᖕᒪᓂᒃ ᐃᓪᓗᒍᑎᑦᓴᔭᖅ ᓄᐃᑕᐅᓚᐅᔪᒻᒥᔪᖅ ᑲᒪᒃᑲᑕᐅᒥᐊᖕᖓᔫᓂᒃ ᓯᕗᓪᓕᐹᒥ ᐱᒥᐅᕐᓴᐅᑎᓂᒃ ᐱᔭᕇᕐᓯᒪᓕᕐᑐᓂᒃ ᐅᕝᕙᓗᓐᓃᑦ ᐊᕐᖀᒍᑕᒫᑦ ᐱᔭᕇᕈᑎᑖᓇᒥᐊᖅᑯᓐᒥᓐᓂᒃ ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑕᐅᓯᑎᒃ.

ᔫᓄᐊᓇ 2012-ᒥ, ᐊᑐᓂᑦ ᑲᒪᒃᑲᑕᐅᒥᐊᖕᖓᔫᑦ ᐱᓇᓱᑦᑐᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᓇᔪᕐᑎᖅᑲᓇᐊᖅᑳᓕᕐᑐᑦ ᓇᓗᓀᒃᑯᑕᕐᒥᒃ ᐃᓪᓗᒍᑎᑦᓴᔭᒥᒃ, ᑕᓐᓇ ᖃᐅᔨᒪᐅᑎᐅᒻᒪᑦ ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓖᑦ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᒥᒃ ᐃᓕᑕᕆᔭᐅᓂᖅᑲᕐᒪᑦ ᐱᔭᓐᓇᓂᖕᒪ.

ᐊᒥᓱᖕᖑᐸᓪᓕᐊᑐᐃᓐᓇᑐᑦ ᐊᕐᓇᑦ ᐃᓚᐅᖅᑲᑦᑕᑐᑦ ᑲᒪᒃᑲᑕᐅᒥᐊᖕᖓᑐᓂ. ᐊᓕᐊᓇᕐᒥᔪᑦ ᖃᐅᔨᒪᒥᐊᒥᒃ ᑕᒪᑕᒪ, ᐊᕐᓇᑦ ᐊᒥᓲᓂᕐᓴᐅᒦᐱᓕᕐᑐᑦ 22-ᐳᓴᒥᒃ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᑲᒪᒃᑲᑕᐅᒥᐊᖕᖓᑐᑦ.

ᐱᒻᒪᕆᐅᒥᕗᖅ ᐃᓕᑕᕐᓯᒪᒥᐊᒥᒃ ᐱᓇᓱᑦᓯᐊᑖᓗᒥᖅᑲᑦᑕᑕᕐᒥᓐᓂᒃ ᐃᑲᔪᕐᑎᒦᑦᓯᑎᒃ. ᑲᒪᒃᑲᑕᐅᒥᐊᖕᖓᑐᐃᑦ ᐃᓄᑦᒎᑦᑎᓯᑎᒃ ᐃᓅᕗᑦ ᑐᓂᒪᓪᓕᓇᑦᓯᑎᒃ ᓄᓇᓕᒥᓄᑦ. ᐃᓕᑕᕐᓯᒪᒻᒥᔪᒍᑦ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐊᑕᐅᑦᓯᑰᕐᑎᓯᕈᓂᒃ, ᑖᒃᑯᐊ, ᓄᓇᓕᒥᓂ, ᐃᓚᒥᔭᐅᑦᓯᐊᓲᒍᒻᒥᒪᑕ ᐋᓐᓂᐊᕕᓕᐊᓚᐅᕐᑎᓇᒍ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᔭᑦᓴᖅᓯᑎᒃ ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑕᐅᓂᕐᓂ ᐃᓅᓪᓚᓯᒪᒥᐊᖅᑲᕐᓂᖕᒥᓐᓂ. ᓯᕐᖁᐃᓯᖅᑕᐅᑦᓯᑎᒃ ᐱᒥᐅᕐᓴᓂᐅᓚᖕᖓᔪᑦ ᐱᑦᓯᐊᓯᒪᒥᐊᖅᑲᕐᓂᖕᒥᓐᓄᑦ.

ᑭᖑᓪᓕᐹᒥ, ᑎᒃᑯᐊᓂᒍᒪᒻᒥᔪᒍᑦ ᐱᓇᓯᖅᑎᖅᑲᑦᓯᐊᑐᐊᔫᓯᔪᒪᑦᑕ ᑲᑎᕕᒃ ᓄᓇᓕᓖ ᑲᕙᒪᒃᑯᓂ ᑕᒪᑐᒎᓇ. ᒪᓕᑦᓯᒍ ᐊᒃᒥᖅᑲᑎᒦᒍᑕᐅᓯᒪᔭᖅ ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓖᑦ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᒍᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᑲᑎᕕᒃ ᓄᓇᓕᓖᑦ ᑲᕙᒪᖕᖓᓐᓄᑦ, ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑦᓯᓂᖅ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᑎᑕᐅᒍᓐᓇᓯᐊᓚᐅᔪᔪᖅ ᕿᓇᐅᔭᖅᑲᕐᑎᑕᐅᒥᐊᓪᓚᓯᓂ ᑲᑎᕕᒃ ᓄᓇᓕᓖᑦ ᑲᕙᒪᖕᖓᑕ ᐱᓇᓯᒪᑦᓴᓕᓇᕕᖕᖓᓐᓄᑦ ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑦᓯᕕᖕᖓᓄᓪᓗ.

ᐅᐃᒪᓇᕐᑐᖅᑲᓕᕐᒪᑦ ᑲᒪᒥᐊᖅᑲᕐᓂᖅ, ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᕐᒥ ᑎᓕᔭᐅᒪᐅᑎ

ᑕᕝᕙᓂ ᐊᕐᖀᒍᕐᒥ, ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑦᓯᓂᖅ ᐊᑐᐃᓐᓇᕈᑎᕐᑕᐅᓚᐅᔪᖅ ᐊᑕᐅᓯᐅᓕᖅᑯᑦᓯᒥᑦ ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓖᑦ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓃᑦ ᐅᐃᒪᓇᕐᑐᓯᐅᑏᑦ ᑲᑐᑦᔨᖅᑲᑎᒦᑦᑐᑦ, ᑕᒪᓐᓇ ᐃᓚᖕᒪᓐᓂᒃ ᐊᒥᓱᐊᓗᓐᓄᑦ ᓄᕐᖃᓇᕐᕕᐅᖅᑲᑦᑕᓯᒪᔪᖅ ᐱᓇᓯᒪᓯᐊᕐᑐᓄᑦ. ᐃᓚᐅᔪᐃᑦ ᐱᔭᑦᓴᕐᒥᑦ ᑲᑐᑦᔨᖅᑲᑎᒦᑦᑐᓂ ᑭᓪᓕᖅᑲᑦᓯᐊᓂᖅᓴᐅᑎᑕᐅᓯᓚᐅᔪᔪᖅ ᑐᑭᓯᒪᑦᓯᐊᓂᖅᓴᐅᖅᑯᑦᓯᒥᑦ ᐊᑕᐅᑦᓯᑰᕐᓂᖅᓴᐅᖅᑯᓕᖅᓯᒥᑦ. ᐅᐃᒪᓇᕐᓯᔪᖅᑲᑲᓪᓚᓴᕐᓂᐸᑦ.

ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑦᓯᓂᖅ ᐃᓯᒪᒍᑦ ᐃᓅᖅᑲᑎᒦᓐᓄᐊᖕᒪᔪᓂᒃ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᑎᑕᐅᓚᐅᔪᓪᒥᔪᖅ ᑲᒪᒃᑲᑕᐅᒥᐊᖕᖓᑐᓂ ᐱᓇᓯᑦᑎᓄᑦ ᐊᑦᔨᒦᖕᒥᑐᓂᒃ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐅᒃᓖᕙᒥ. ᐱᔭᑦᓴᖕᒪᑕ ᐃᓚᖕᖓ ᐃᓯᒪᒍᑦ ᐃᓅᖅᑲᑎᒦᓐᓄᐊᖕᒪᔪᓂᒃ ᓴᐳᒻᒥᒥᐊᕐᓂᖕᒥᑦ ᓯᒃᑯᐊᕐᑭᔭᐅᔪᕕᓂᕐᓂᒃ ᐃᓚᖕᒥᓐᓂᓗ ᓯᒃᑯᐊᕐᑭᔪᖅᑲᕐᓂᐸᑦ (ᑮᓪᓕᖅᑲᕐᑎᑕᐅᔪᖅ ᐃᓅᖅᑲᑎᒦᑦ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᓂᖕᒪᑕ ᐱᖁᔭᖕᖓᓂ "ᐱᔪᖅᑲᕐᑎᓗᒍ ᓯᓚᒍᑦ ᐊᐅᓚᒥᐊᓪᓚᕕᖅᑲᖕᖕᒥᑕᑦᑎᓄᑦ. ᐱᓪᓗᑯᒥᐊᓖᑦ ᐃᑯᒪᐅᑎᒎᕐᑐᐃᑦ ᐱᓇᓯᑏᑦ ᓯᒃᑯᓴᕐᓂᐸᑕ ᐅᕝᕙᓗᓐᓃᑦ ᓯᒃᑯᐊᕐᑭᔪᕕᓂᐅᔪᖅᑲᕐᐸᑦ. ᐃᓅᔪᓄᑦ

ᐃᓅᖕᒥᑐᓄᓗᓐᓃᑦ ᐊᐅᓚᑕᐅᑎᓪᓗᒍ, ᐋᓐᓂᑐᓪᒪᓇᐅᔭᖅᑲᖅᑎᓗᒍ ᐃᓅᔪᓂᒃ ᐅᕝᕙᓗᓐᓃᑦ ᓄᓇᖓ ᐱᐅᒃᒍᑎᖕᒥᓪᓗᓃᑦ ᓱᒃᑯᑕᐅᓪᓚᖓᑦᑐᕕᓂᐅᑉᐸᑕ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᔪᕈᑦᑐᑎᒍᑦ ᐊᐅᓚᑦᓴᓇᐊᕈᑕᐅᒥᐊᖃᓪᓚᕐᒪᑎᓪᓗᒍ ᓯᕿᑕᐅᔪᒧᑦ ᓄᓇᓕᒻᒧᑦ. ᐅᑦᑑᑎᒥᓗᒍ ᐅᓕᒍᑦᓴᐅᔭᖃᑉᐸᑦ, ᓄᓇ ᓴᔭᑉᐱᓚᑉᐸᑦ, ᓄᓇ ᐊᐅᓚᑦᓴᓂᑉᐸᑦ, ᖄᖅᑐᖅᑲᑉᐸᑦ, ᑐᖁᓐᓇᑐᐃᑦ ᑎᑦᑐᑰᑦᓴᐸᑕ ᐅᕝᕙᓗᓐᓃᑦ ᓯᐊᒻᒪᓴᖅᓂᑉᐸᑦ") ᓄᓇᕕᒻᒥ. ᐅᒣᑦᑐᐃᑦ ᐃᑲᔪᖅᑕᐅᒥᐊᖃᖅᓃᑦ ᑭᖕᖑᒪᓇᓪᓚᕆᑦ ᐊᑯᓂᐅᖕᖏᑑᓚᓗᐊᓂ ᐃᑲᔪᖅᑕᐅᒥᐊᖃᖅᓂᕐᒥᓐᓄᑦ ᐊᑯᓂᒪᑖᕐᖑᕿᑕᖅᓯᒍ ᐃᑲᔪᖅᑕᐅᒥᐊᖃᓰᒍᓪᒥᔪᑦ, ᐃᑉᐱᒍᑦᓯᒍ ᖃᓄᐃᑦᑑᓂᕕᓂᕐᓚ.

ᑕᒪᓐᓇ ᑐᑭᓯᓇᖅᑯᓗᒍ ᓱᒃᑯᐊᖅᑭᔪᓂᒃ ᐃᓯᒪᓕᕿᑦᑕ, ᐃᓯᒪᓚᓯᐊᓇᐊᖅᑲᖅᐳᑦ ᐊᑦᔨᒦᕐᒥᓂᕐᒥᓐᓂᒃ ᐳᖅᑐᓂᕐᓚ ᑭᖕᖑᒪᓇᖅᑰᑉ ᐃᑉᐱᒥᓗᒍ ᖃᓄᐃᒍᑎᒃ, ᖁᑉᐸᓈᒃ ᖀᒥᖅᑭᓗᒥᒃ, ᐊᐅᓚᑦᓯᔩᑦ ᐃᑲᔪᖅᓯᒍᓐᓇᓇᐊᓛᑦ ᑭᖕᖑᒪᔾᐅᔪᓂᒃ.

ᐸᕐᓀᓂᕐᓄᑦ ᐱᔭᑦᓴᓕᕆᓂᕐᓄᓗ ᐱᒍᑦᓯᕕᒃ

ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑎᖓ ᒫᓐᓇᓯᐅᑎᐅᑉ ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᔨᐅᑉ

ᐃᓗᓯᓕᕆᕕᒃᑯᓂ ᐱᒋᐊᓚᐅᔪᔪᖓ ᐊᕐᕿᒎᑉ ᓯᑕᒣᓕᖅᑭᓯᒪᓂᖓᑕ ᐁᑉᐸᖓᓐᓃᓕᕐᓯᑕ ᖃᐅᔨᒪᔪᓪᓚᕆᒥᔭᐅᓂᐊᕐᓯᖓ ᐃᑉᐱᒍᓱᑦᑎᐅᓗᖓᓗ ᖃᐅᔨᒪᔪᓪᓚᕆᓐᓂ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᓂᓪᓗ. ᐃᓚᖏᓐᓂᒃ ᐱᔭᕇᖃᑦᑕᓚᐅᖅᑕᕗᑦ 2010-2011-ᒥ, ᓇᓗᓀᕈᒪᔭᒃᑲ ᐱᓇᓱᑦᓯᐊᑐᐊᓘᓂᕆᓚᐅᖅᑕᖏᑦ ᐸᕐᓀᓂᕐᓄᑦ ᐱᔭᑦᓴᓕᕆᓂᕐᓄᓗ ᐱᓇᓱᑦᑏᑦ, ᑖᒃᑯᐊᓗ ᐱᓇᓱᐊᓪᒪᕆᖃᑦᑕᓚᐅᖅᑐᑦ ᑐᓂᒪᓪᓚᕆᑦᓱᑎᒃ ᐋᓐᓂᐊᓱᐅᕐᓂ ᒎᓕᖕᒐᔫᑉ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖓᓂ ᐱᒋᐊᕐᑎᑕᐅᓚᐅᔪᔪᑉ 2009-ᒥ ᒪᓕᑦᓱᑎᒃ ᑯᐯᒃ ᑲᕙᒪᒃᑯ ᐋᖅᑭᒋᐊᕈᑎᖏᓐᓂᒃ ᐱᖁᔭᕐᓂ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᒍᑦᓯᓂᕐᓂ.

ᐅᑯᐊ ᐃᓚᒥᔭᐅᓚᐅᖅᑐᑦ ᑐᖀᒐᕐᓂᒃ ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᓚᐅᖅᑐᓂᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᓐᓄᑦ ᐱᓇᓱᖃᑎᖃᕐᓱᑎᒃ ᑕᒣᓐᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᓪᒪᕇᓐᓂᒃ:

- ᐱᐅᓯᐅᒥᑎᑦᓯᓱᑎᒃ ᓄᐃᑦᓯᓱᑎᓪᓗ ᐱᒍᑦᓯᓂᕐᓂᒃ ᐅᕙᒐᕐᑐᓄᑦ ᐅᖁᒣᓪᓘᑐᓄᑦ ᐃᓚᖏᓐᓄᓗ, ᐃᓯᒪᓐᓂᐊᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᓯᓂᕐᒥᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᖕᒐᔭᕐᓇᑐᓂᒃ ᐊᑐᕐᓂᓗᓐᓂᒥᒃ ᐱᒍᓯᓂᕐᒥᒃ ᑐᖀᕐᑐᒥᒃ ᐅᕙᒐᕐᑐᓄᑦ ᐃᓚᖏᓐᓄᓗ, ᑖᒃᑯᐊᓗ ᓯᕗᓪᓕᐅᔭᐅᒥᐊᖃᕐᓱᑎᒃ ᐃᒫᖕᒉᕈᑎᐅᓯᒪᔪᓂᒃ ᑲᑎᒪᔨᓄᑦ ᐱᓇᓱᖃᑎᒌᑦ ᓄᓇᕕᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓂᒧᓪᓗ ᐱᑐᑦᓯᒪᖃᑎᒌᑦᑐᓄᑦ;

- ᓯᖕᒍᓯᐅᒥᑎᑦᓯᓯᓂ ᐱᓇᓱᖃᑎᒌᑦᑐᓂᒃ ᓈᒻᒪᑐᒥᒃ ᐊᑕᐅᑦᓯᒎᑦᓯᐊᑐᒥᓪᓗ ᐱᒍᑦᓯᓂᕐᒥ ᐊᑐᐃᓐᓇᖃᕐᓂᐊᒪᑕ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᑦ ᑐᖀᒐᖃᕐᓱᑎᒃ ᓵᖕᒐᓯᒥᐊᒥᒃ ᐱᔭᕆᐊᒎᓂᒃ ᓯᖅᑯᐃᓯᖁᓗᒥᑦ ᐱᒍᑦᓯᒍᓐᓇᓯᖁᓗᒥᑦ ᐃᓗᓕᓕᓐᓂᒃ ᓇᓗᓇᕐᑐᓂᒃ ᐃᓅᖃᓂᒦᓐᓂ ᐱᓐᓀᓗᑕᕐᓂᒃ.

ᓯᕗᓕᕐᑏᑦ ᑎᒥᐅᔪᐃᓪᓗ ᐃᓚᐅᓂᖏᑦ ᑕᒪᑐᒧᖓ ᓄᐃᑦᓯᓯᒪᓕᕐᑐᖅ ᑭᖕᖑᒪᓇᕐᓂᖓᓂᒃ ᐱᕚᓪᓕᐊᑎᑦᓯᒥᐊᒥᒃ ᓄᑖᓂᒃ ᐋᖅᑭᓯᒪᒍᓯᕐᓂᒃ ᐱᒍᑦᓯᓂᕐᓂᒃ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᓂᓪᓗ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᓯᖅᑯᐃᓯᖁᓗᒥᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᐆᒻᒪᑎᒥᔭᐅᒻᒪᑕ ᐱᐅᓯᐅᑎᑕᐅᔪᓂ.

ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᑲᑎᒪᔨᓄᑦ ᐃᑲᔪᕐᓯᓯᒪᓕᕐᑐᖅ ᓄᐃᑦᓯᓂᒃᑯᑦ ᓯᕐᕗᓯᒪᓂᖏᓐᓂᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᐱᐅᓯᖏᓐᓂᒃ ᖁᐊᕐᓵᖕᒪᑎᑕᐅᖃᑦᑕᓂᕕᓂᕐᒥᓄᑦ, ᐱᓂᐊᕐᓂᓕᕆᓂᔭᐅᓂᖓ ᐊᓂᕐᕿᕆᖕᖏᑕᒥᓂᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᕆᐊᕐᑎᑕᐅᖃᑦᑕᓂᕕᓂᕐᒥᓄᑦ ᕿᒻᒦᑦ ᑐᖁᕿᕐᑕᕕᓂᖏᓐᓄᑦ, ᑖᒃᑯᐊᓗ ᐅᓪᓗᒥᐅᓕᕐᑐᖅ ᐊᒫᕆᔭᐅᓕᕐᑐᖅ ᐃᓅᖃᓂᒦᑎᒍᑦ ᐱᓐᓀᓗᑕᕐᓂ, ᑭᖕᒍᐹᖏᓐᓄᓗ ᐱᓐᓀᓗᑌᑦ ᓯᐊᒻᒪᖃᑦᑕᓱᑎᒃ.

ᐃᓄᐃᑦ ᐱᔦᓐᓇᐅᑎᕐᒥᑦ ᐃᓅᓂᕐᒥᓐᓄᑦ ᐃᓕᖕᒐᔫᑉ ᒥᑭᓪᓕᑎᑦᑕᕕᓂᐅᒻᒪᑕ "ᓄᐃᑕᐅᓂᕕᓂᖏᓐᓄᑦ ᑲᕙᒪᒃᑯᑦ ᐃᓅᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᓯᓂᖏᓐᓄᑦ ᓄᖕᒍᑎᕆᑦᓯᑎᓪᓗ ᐱᐅᓯᑐᖃᕐᒥ ᐊᑑᑎᔭᐅᓲᓂᒃ ᓴᐳᒻᒥᖃᑎᒦᓐᓂᑯᑦ ᐃᓅᖃᑎᒥᓂ ᐅᖁᒣᓪᓘᑐᑦ ᐃᓕᕐᒐᑎᑦᔭᓇᒥᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᐃᓗᕐᕿᓯᖕᒐᓄᑦ ᓯᓕᓪᓚᕆᑦᑐᓄᓪᓗ."

1 "ᖃᐅᔨᓴᕐᓂᖅ ᐅᕕᒐᑐᐃᑦ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᓂᖓᑕ ᐱᒍᑦᔭᐅᓂᖓᓂ ᐅᖓᕙᒥ ᑕᓯᐅᔭᕐᔪᐊᒥᓪᓗ ᓄᓇᕕᒻᒥ. ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑎᒃ, ᖃᐅᔨᓴᐅᑎᕕᓃᑦ ᐱᔭᕇᕐᑕᐅᓂᖏᑦ ᐃᒫᖕᒉᑭᑎᖕᒥᓪᓗ." *Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse,* ᑯᐯᒃ ᒪᐱᒐᕐᒥ 5-ᒥ.

ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᒎᓕᖕᒐᔫᑉ ᐱᓇᓯᑦᑕᐅᓂᖓ ᐊᑐᐃᓐᓇᖅᑎᓯᔪᖅ ᐃᓄᓐᓂᒃ ᐱᕕᑦᓴᒥᒃ ᐱᔪᓐᓇᐅᑎᒥᓂᒃ ᑎᒍᓯᒥᐊᓪᓚᓇᐊᒥᒃ ᓯᖕᒥᐅᓴᑦᓯᑎᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᐅᓯᕐᒥᒃ ᓯᕐᖁᐃᓯᓂᐅᓗᓂᓗ ᐱᒍᑦᔮᓃᑦ ᓄᐃᑕᑎᑦᓯᓂᖕᒥᓐᓂᒃ ᐋᓐᓂᓇᕐᑐᕐᖁᑎᖕᒥᓐᓂᒃ, ᒍᒪᔭᖕᒥᓐᓂᒃ, ᑭᖖᒎᒪᔭᖕᒥᓐᓂᒃ ᐃᓗᕐᑭᓯᖕᒥᓐᓂᓗ ᑮᓯᒥᔭᕐᑲᕐᓗᑎᓪᓗ ᐱᕐᑯᔦᑦ ᐊᕙᓗᓕᕐᑕᐅᓯᒪᐅᑎᖕᒥᓐᓂᒃ.

2010-2011 ᑕᑯᑎᑦᓯᓚᐅᕐᑐᖅ ᐱᓇᓯᕐᑲᑎᒦᑦᑐᓂᒃ ᐊᐅᓚᑦᔭᓇᐊᕐᓂᓂᓪᓗ ᐃᓗᓐᓇᓕᒫᖕᒥᓐᓂᒃ ᐱᒻᒪᓇᐅᑎᓂᒃ ᐱᓇᓯᑦᑐᓂᒃ ᐊᑦᔨᒦᖕᒥᑐᓂᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᑎᒥᕐᑯᑎᖕᒥᓐᓂᒃ ᓄᓇᓕᓐᓂᓗ ᑎᒥᐅᔪᓂᒃ, ᐊᑦᔨᒦᖕᒥᑐᓂᒃ ᐱᓇᓯᕐᑲᑎᒦᑦᑐᓂ, ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒪᓈᓐᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᒥ. ᑕᒪᓐᓇ ᐃᑲᔪᕐᑎᒦᓐᓂᖅ ᐱᓇᓯᕐᑲᑎᒦᓐᓂᑯᑦ ᑮᓇᐅᔭᕐᑐᓂᒃᑯᓗ ᐱᖖᒍᐊᖕᒥᑦᑐᒥᒃ ᑐᓂᒪᓂᕐᑲᓇᐊᕐᑲᓚᐅᕐᑐᖅ ᑎᒥᐅᔪᓕᒫᓂᒃ ᐃᓄᒎᑦᑎᑐᓂᓪᓗ ᐃᓚᐅᔪᓂᒃ ᑕᕝᕙᓂ ᐊᒎᑎᔪᒥ. ᓇᑯᕐᒦᒍᒪᔪᒍᑦ ᐱᒻᒪᕆᐊᓗᒻᒥᒃ ᑐᓂᒪᓂᕆᓚᐅᕐᑕᖕᒥᓐᓄᑦ ᑕᑎᕐᑲᑭᓐᓇᓚᐅᕐᒪᑕ ᐱᐅᓯᐅᑎᑕᐅᔪᒥ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᒎᓕᖕᒐᔫᑉ ᐱᓇᓯᑦᑕᐅᓂᖓᓄᑦ.

ᐱᓇᓯᒪᑦᓴᕐᑲᒻᒪᓇᖕᒥᓈᑐᖅ ᐃᒫᖕᒉᑭᑏᑦ ᓄᐃᑕᐅᓚᐅᕐᑎᓇᒥᑦ. ᐱᐅᓯᐅᑎᑕᐅᔪᖅ ᐊᓯᑦᔨᕇᑦᓕᐊᓂᕐᒍᑦ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᒥᐊᕐᑲᕐᒪᑦ ᑲᔪᓯᔪᒥᓪᓗ ᑐᓂᒪᐅᑕᐅᒥᐊᕐᑲᕐᓯᓂ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᑎᒪᔨᖕᒥᓐᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᐱᓐᓂᓗ ᐊᕐᕿᒍᕐᒥ ᕿᔪᒥ.

ᑲᑐᑦᔨᓗᑕ, ᐱᕕᑦᓴᕐᑲᑦᓴᓂᑦᑎᓂ ᐱᔭᑦᓴᓂᒃ ᐊᓯᑦᔩᕇᑦᓕᐊᑭᓐᓇᕐᑯᒍᑦ ᐃᑯᑦᓚᐅᒥᑎᑦᓯᒪᓯᐊᕐᓗᑕ ᖃᓄᐃᖖᒥᓯᐊᕐᓂᓴᖕᒥᓐᓄᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᑦ.

ᑯᓘᑦ ᐳᕚᕐᑦ
Claude Bouffard

ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᒨᓕᖔᑉ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖓ

ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᒨᓕᖔᑉ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖓ ᐋᖅᑮᒥᐊᕈᑕᐅᒐᓯᐊᕐᐳᖅ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᒍᑦᓯᓂᕐᓂᒃ ᑭᖕᖖᒪᔭᐅᓯᒪᔪᖅ ᑯᐯᒃ ᑲᕙᒪᖓᓐᓄᑦ, ᓄᓇᕕᒻᒥ, ᑕᒪᓐᓇ ᐱᐅᓯᐅᑎᑕᐅᔪᔪᖅ ᓄᐃᑕᐅᓚᐅᔪᔪᖅ ᐅᑭᐅᑦᓴᖓᓐᓂ 2009-ᒥ ᓄᓇᕕᐅᑉ ᒪᕐᕈᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒪᕆᖕᒥᓐᓄᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᒍᑦᓯᕕᒻᒧᑦ. ᓯᕗᓪᓕᐹᒥ, ᑕᒪᕐᒥᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒪᕇᒃ ᑐᑭᑖᕐᑐᕕᓂᐅᓚᐅᔪᔪᒃ ᐊᓯᑦᔩᒍᒪᑦᓯᑎᒃ ᐱᒍᑦᓯᓂᕐᓂᒃ ᐱᒍᑦᓯᕕᓐᓂᒃ ᐃᖕᒥᕐᖁᑎᑕᐅᒦᕐᑐᓂ ᐅᕕᒐᕐᑐᓂ ᐅᕐᑯᒣᓪᓵᑐᓂ, ᐃᓯᒪᒃᑯᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐅᐃᕆᓯᒪᓂᕐᒥᓗ.

ᓯᕗᓪᓕᐅᔭᐅᒥᐊᓃᑦ ᐱᒍᑦᓯᕕᓐᓂ ᐋᖅᑭᒥᐊᕐᑕᐅᑐᑎᒃ ᓄᐃᑕᐅᑐᑎᓪᓗᓃᑦ

ᑖᒃᑯᓐᓇᓂ ᐱᖓᓱᓂ ᐱᒍᑦᓯᓂᕐᓂ ᐃᖕᒥᕐᖁᑎᑕᐅᔪᓂᒃ ᓇᑐᕋᕐᑕᐅᔪᕕᓃᑦ ᓯᕗᓪᓕᐅᔭᐅᕐᑯᔭᐅᑦᓯᑎᒃ, ᐱᒍᑦᓯᓃᑦ ᑭᖕᖖᒪᔭᐅᓯᒪᔭᐃᑦ ᐋᖅᑭᒥᐊᕐᑕᐅᒥᐊᖅᑲᓂᖁᕐᑕᐅᓯᑎᒃ ᓄᐃᑕᖕᖏᓪᓚᓇᑦᓯᑎᓪᓗᓃᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ. ᑐᖆᒪᖅᑲᕐᓯᑎᒃ ᑐᑭᑖᓚᖕᒪᓂᕐᒥᒃ ᓇᓪᓕᐊ ᐱᒍᑦᓯᕖᑦ ᐋᖅᑭᒥᐊᓇᐊᕐᑲᕐᒪᖕᒫᑕ ᓄᐃᑕᐅᒥᐊᕐᑲᕐᒪᖕᒫᑕᑐᓐᓃᑦ ᓯᕗᓪᓕᐅᔭᐅᓚᖕᒪᑐᑎᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ, ᑲᑎᒪᔩᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓂᒧᓪᓗ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᓄᐃᑕᓕᕐᓂᕐᑯᑦ. ᑖᓐᓇ ᑲᑎᒪᕕᐅᕕᒃ ᑲᑎᑎᑦᓯᓚᐅᕐᑐᖅ ᐊᐸᑎᓪᓗ ᖁᓕᓪᓗ ᑎᒥᐅᔭᓂᒃ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᑎᒥᕐᓚᓂᓪᓗ ᔫᓂ 2-ᒥᑦ 4-ᒧᑦ, 2010-ᒥ, ᑰᑦᔪᐊᒥ. ᑕᑯᓚᖓᔪᑎᑦ ᓯᕗᓪᓕᐅᔭᐅᒥᐊᕐᑲᕐᑐᓇᔭᐅᑦᓯᑎᒃ ᓇᑐᕋᕐᑕᐅᔪᕕᓂᕐᓂᒃ ᑲᑎᒪᑎᓪᓗᒋᑦ:

ᐅᕕᒐᕐᑐᐃᑦ ᐃᓚᖏᓪᓗ

- ᐃᑲᔪᕐᓯᒥᐊᓪᓚᕈᑎᑦᓴᓂᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᓂᒃ ᕿᑐᕐᖓᓃᑦ ᐃᑲᔪᕐᑕᐅᕕᑦᓴᖏᓐᓂᒃ ᓄᐃᑦᓯᑐᑎᓪᓗ ᐱᑐᑦᓯᒪᐅᑎᔪᓂᒃ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐱᓇᓱᑎᑦᓴᓂᒃ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᓚᓚᔪᕐᑐᓂᒃ ᐃᓚᒦᓂᒃ;
- ᓄᐃᑦᓯᑐᑎᒃ ᐊᔫᑎᔭᐅᒍᓐᓇᑐᓂᒃ ᐃᓚᐅᑎᑦᓯᔪᓂᒃ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐅᕕᒐᑐᐃᑦ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᓂᖓᑕ ᑲᒪᒋᔭᐅᓂᖓᓂ;
- ᓄᐃᑦᓯᑐᑎᒃ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᒍᓐᓇᑐᒥᒃ ᐃᖅᑲᑐᐃᕕᐅᑉ ᐊᓯᐊᒍᖕᒫᕐᑎᑐᒍ ᒪᓕᑕᐅᒐᔭᕐᑐᑦ ᐅᕕᒐᕐᑐᓄᑦ ᐱᕐᑯᔭᕐᒥᒃ ᓯᕐᑯᒥᑦᓯᓯᒪᔪᓄᑦ;

ᐃᓯᒪᒧᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅ

- ᓄᐃᑦᓯᑐᑎᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᓄᐊᖕᒐᔭᒥᒃ ᐃᒻᒥᓂᐊᕐᑌᓕᑎᑦᓯᓂᕐᒥᒃ ᐋᖅᑭᓯᒪᐅᑎᑦᓴᒥᒃ;
- ᓄᐃᑦᓯᑐᑎᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᓄᐊᖕᒐᔭᒥᒃ ᓯᒃᑯᑎᑦᓯᑌᓕᓂᕐᒥᒃ ᖃᐅᔨᔭᐅᑎᑦᓯᒐᓯᐊᕐᓂᒥᓪᓗ ᐃᓯᒪᒧᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ;
- ᐃᑲᔪᕐᓯᒥᐊᓪᓚᕈᑎᑦᓴᓂᒃ ᐊᓂᕐᖁᓯᕐᓂᒃ ᑭᓇᑐᐃᓐᓇᑯᓐᓄᑦ ᐃᓯᒪᒥᒍᑦ ᐃᓱᕐᓇᖏᑦᑐᓄᑦ.

ᐅᐃᕆᓯᒪᐅᑏᑦ

- ᓄᐃᑦᓯᑐᑎᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᓄᐊᖕᒐᔭᒥᒃ ᐋᖅᑭᓯᒪᐅᑎᑦᓴᒥᒃ ᓄᑕᕋᑦᓴᖅᑲᕐᑐᑎᒃ ᐃᒥᐊᓗᒥᐊᕐᑲᖅᒥᓂᕐᒥᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᒍᑦᓯᕕᕐᑲᕐᓗᓂ ᓯᖅᑯᐃᓯᕕᒻᒥᒃ. ᐱᒥᐊᕐᑎᓯᑦᑌᓕᓂᕐᒥᒃ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᕕᒻᒥᓗ ᐃᓄᒎᑦᑎᑐᓂᒃ ᐃᓚᒦᓂᓪᓗ ᐃᓚᕐᑲᓕᓈᕐᑐᓂᒃ ᓄᑕᕋᕐᒥᒃ ᐃᒥᐊᓗᒍᑕᐅᓯᒪᑦᓯᓂ ᐱᐅᓯᕐᓵᑎᓕᒻᒥᒃ;

- ᓄᐃᑦᓯᓗᑎᒃ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐱᑐᑦᓯᒪᐅᑎᔪᓂᒃ ᐃᓄᓐᓂᒃ ᐅᐃᕆᓯᒪᔪᓂᒃ ᐊᔪᖀᒥᐊᕐᑎᓂᒃ;
- ᓄᐃᑦᓯᓗᑎᒃ ᐃᓗᐃᑦᑐᒥᒃ ᐊᑑᑎᔭᐅᒥᐊᓕᒻᒥᒃ ᐊᖕᒐᔭᕐᓇᑐᓂᒃ ᐊᑐᕐᓂᓗᑦᓯᒪᔪᓂᒃ ᐅᑭᐅᓕᓐᓄᑦ 6-ᒥᑦ 12-ᒧᑦ.

ᓯᓕᒥᐊᓪᓚᒃ, ᑲᑎᒪᔩᑦ ᐱᕕᑦᓴᖃᕐᑎᓯᓯᒪᒻᒥᔪᖅ ᕿᒥᕐᕈᓇᐊᑦᓯᐊᓇᐊᒥᒃ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᒨᓕᖕᒪᔫᑉ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖕᒐᓂ ᐊᑑᑎᑎᑕᐅᔪᒥᒃ ᑕᓐᓇ ᑐᑦᓯᕋᕐᑕᐅᓚᓂᓯᒪᒻᒪᑦ ᐃᓄᓐᓄᑦ ᑭᒻᒪᑐᕐᑎᓄᑦ. ᐱᓇᓱᖃᑎᒥᔭᐅᔪᑦ ᐊᐱᕐᓯᓚᐅᔪᒻᒥᔪᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᐃᓚᐅᓪᓚᕆᖁᑦᓯᒥᑦ ᐊᑐᓂᑦ ᐊᓪᓗᕆᐊᕆᐊᑕᒫᑦ ᓄᐃᑦᓯᖃᑦᑕᕆᑭᑎᒃ ᐃᒫᖕᒉᑭᑎᓂᒃ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᒧᑦ ᐃᓕᖕᒐᔪᓂᒃ. ᑭᐅᒧᑎᒥᔭᐅᔪᖅ ᑖᑦᓯᒧᖕᒐ ᑐᑦᓯᕋᐅᑎᒧᑦ ᓄᐃᑕᓚᐅᕐᑐᖅ ᑲᑎᒪᔩᑦ ᖃᓄᐃᓕᖕᒐᓂᖕᒥᓐᓄᑦ ᐊᐅᓚᓂᖕᒥᓐᓄᓗ ᐱᔭᑦᓴᖃᕐᑎᑕᐅᓚᐅᕐᑐᑦ ᓄᐃᑦᓯᒥᐊᖃᕐᓂᒥᒃ ᐃᒫᖕᒉᑭᑎᓂᒃ ᑖᒃᑯᐊᓗ ᓄᐃᑕᐅᓛᕐᓯᑎᒃ ᐅᑭᐊᑦᓴᖅ 2011-ᒥ.

ᓄᐃᑕᐅᓂᖕᒥᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᐃᓪᓗ ᐱᕙᓪᓕᐊᔭᐅᓂᖕᒥᑦ

ᐅᑭᐊᑦᓴᖅ 2011-ᒥ, ᐊᑐᓂᑦ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᒥ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓯᓂ ᐋᕐᕿᒥᐊᕐᑕᐅᔪᒥ, ᐊᔪᖀᒥᐊᕐᑏᑦ ᑲᑎᒪᔨᑦ ᐃᓚᖃᓚᐅᕐᑐᑦ ᑭᒻᒪᑐᕐᑎᓂ ᑎᒥᐅᔪᓕᒫᓂ ᐱᓯᒪᔪᓂᒃ ᐃᓚᐅᒍᒪᑦᓯᐊᑐᓂᒃ ᓄᐃᑦᓯᕙᓪᓕᐊᔪᓂᒃ ᐃᒫᖕᒉᑭᑎᓂᒃ ᓄᐃᑕᐅᓚᐅᕐᑐᖅ. ᑖᒃᑯᐊ ᑲᑎᒪᔩᑦ, ᐊᒥᓲᓂᕐᓴᑦ ᐃᓅᓚᐅᕐᑐᑦ ᑭᒻᒪᑐᕐᑎᐅᓯᑎᒃ, ᕿᒥᕐᕈᓯᑎᒃ ᐃᒫᖕᒉᑭᑎᓕᐊᕈᓯᒪᔪᓂᒃ ᐃᑭᓐᓂᓴᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᐊᐱᓐᓄᑦ. ᐊᔪᖀᒥᐊᕐᑏᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ ᓯᕐᖁᐃᓯᒥᐊᖃᕐᐸᑦ ᐃᒫᖕᒉᑭᑎᓕᐊᒍᓯᒪᔪᑦ ᑐᖖᒐᕕᖃᕐᒪᑕ ᐃᓄᐃᑦ ᐊᓐᓂᓇᕐᑐᖁᑎᖕᒥᓐᓂᒃ, ᑭᖖᒨᒪᔭᖕᒥᓐᓂᒃ, ᐱᔪᒪᔭᖕᒥᓐᓂᒃ ᐃᓗᕿᓯᕐᒧᐊᖕᒐᔪᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᑐᕈᓐᓇᓯᑎᒃ ᓄᐃᒍᓐᓇᓯᑎᒃ, ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᒍᓐᓇᓗᑎᓪᓗ ᑎᒥᐅᔪᒧᑦ ᑲᒪᔩᑦᓴᔭᕐᒧᑦ. ᐊᑐᓂᑦ ᐊᔪᖀᒥᐊᕐᑏᑦ ᑲᑎᒪᔨᖕᒥᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᓇᓱᓐᓂᒧᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ ᓄᐃᑕᐅᔪᑦ ᓂᕈᐊᖃᑦᑕᓚᐅᕐᑐᑦ ᐃᓄᒻᒥᒃ ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᔨᐅᓚᖕᒪᔪᒥᒃ ᓯᕐᖁᐃᓯᓚᖕᒪᑦᓯᓂ ᐃᒫᖕᒉᑭᑎᓕᐊᕈᓯᒪᔪᑦ ᑐᓂᔭᐅᑦᓯᐊᓕᒪᖕᒫᑕ ᐱᔭᐅᑎᑕᐅᑦᓯᐊᕋᓯᐊᕐᒪᖕᒫᑕᓗ.

ᑖᒃᑯᐊ ᐱᖕᒐᓯᑦ ᐊᔪᖀᒥᐊᕐᑏᑦ ᑲᑎᒪᔨᖕᒥᑦ ᐊᓯᐊᒨᕐᑐᑦ, ᐅᑯᐊ ᐱᓇᓱᓐᓂᒧᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ ᓄᐃᑕᐅᓚᐅᕐᒥᔪᑦ ᐊᖂᒧᓚᐅᕐᑐᒥ:

- ᕿᑐᕐᖕᒐᕗᑦ;
- ᑲᑎᒪᔩᑦ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐃᓚᐅᔪᐃᑦ ᐅᕕᒐᕐᑐᐃᑦ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᓂᖕᒐᓂ;
- ᑲᑎᒪᔩᑦ ᐊᓂᕐᕋᓂᒃ ᐊᑐᕐᑕᐅᔪᑦᓴᓂᒃ ᑭᓇᑐᐃᓐᓇᑯᓐᓄᑦ ᐃᓯᒪᒥᒧᑦ ᐃᓯᕐᓇᖕᒥᑦᑐᓄᑦ.

ᐊᓯᖕᒥᑦ ᐱᓇᓱᓪᓂᒧᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ ᓄᐃᑎᕐᑕᐅᒥᔪᑦ.

ᑲᒃᑲᓛᑦ, ᐃᓚᒦᑦ ᐅᕕᒐᕐᑐᐃᓗ

ᓯᕗᓪᓕᐅᕐᔭᐅᑎᓪᓗᒥᑦ ᐱᔭᑦᓴᑦ ᑖᒃᑯᓄᖕᒐ ᐱᓇᓱᖃᑎᒦᑦᑐᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖕᒥᓐᓄᑦ ᑲᒃᑲᓛᑦ, ᐃᓚᒦᑦ ᐅᕕᒐᕐᑐᐃᓗ ᓯᕐᖁᐃᓯᓂᐅᕗᖅ ᐃᓕᔭᐅᓯᒪᓕᕐᒪᖕᒫᑦ *MSSS' Offre de service – Jeunes en difficultés 2007-2012* (ᐱᒍᑦᔨᓂᖅ ᐅᕕᒐᕐᑐᓄᑦ ᐅᖁᒣᓪᓘᑐᓄᑦ, 2007-2012), ᐅᑦᑑᑎᒥᓗᒍ ᓄᐃᑦᓯᓗᑎᒃ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᒥᒃ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᓚᖕᒪᔪᓂᒃ ᐅᕕᒃᑲᓂᒃ ᐅᖁᒣᓪᓘᑐᓂᒃ ᐅᑭᐅᓕᓐᓂᒃ 0-ᒥᑦ 18-ᒧᑦ ᐃᓚᖕᒥᓐᓂᓗ ᐊᒻᒪᓗ ᓯᕐᖁᐃᓯᓗᑎᒃ ᑖᒃᑯᐊ ᐱᒍᑦᔩᑦ ᑲᐅᑎᓯᒪᑦᓯᐊᕋᓗᐊᕐᒪᖕᒫᑕ

ᐅᕕᒐᕐᑑᑉ ᐃᓄᖃᑎᒌᓐᓂᒧᐊᖕᒐᓂᖕᒐᑕ ᓈᒻᒪᒋᔭᖕᒐᓂᒃ ᐃᓄᐃᓐᓄ ᐃᓗᕐᕈᓯᕐᒧᑦ ᐱᒻᒪᕆᖁᑎᖕᒋᓐᓄᑦ.

ᐱᓇᓱᖃᑎᒌᑦ ᐅᑯᐊᒍᓚᐅᕐᑐᑦ ᐊᔪᕐᕉᕐᒋᐊᕐᑎᖃᕐᓯᑎᒃ ᒪᕐᕉᓂᓗ ᐸᕐᓀᓂᕐᓄᑦ ᐱᔨᑦᓯᓕᕆᓂᕐᓄᓗ ᐱᓇᓱᑦᑏᓂᒃ. ᓯᕕᑐᓂᖕᒐ ᐊᑑᑎᑎᑕᐅᓯᒪᔪᖅ ᑕᒐᑕᒐ ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑎᓕᐊᒍᓯᒪᔪᒍᑦ ᓇᓗᓀᑕᐅᓯᒪᔪᒍᑦ ᐃᓯᓕᕕᖃᕐᑎᓗᒍ *CDPDJ* ᖃᐅᔨᓴᕐᑕᐅᕕᓂᖓᓄᑦ (ᓯᑎᒻᐱᕆ 2010-ᒥ) ᐊᒻᒪᓗᒋᐊᓪᓚᒃ ᐱᒋᐊᕐᑎᑕᐅᓯᒪᓂᖓᓄᑦ ᓅᑖᑦ ᐃᓯᒪᓐᓂᐊᓂᕐᒥᒃ ᐃᕕᕐᑎᓯᓂᕐᒥᒃ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᑎᑕᐅᔪᖅ ᐅᕕᒐᕐᑐᓄᑦ.

ᑲᒃᑲᓛᑦ, ᐃᓚᒌᑦ ᐅᕕᒐᕐᑐᐃᑦᓗ: ᑲᒪᖃᑕᐅᒋᐊᕐᖕᒐᑐᑦ ᐱᒍᑦᔨᓂᖕᒋᑦ

ᐱᓇᓱᒍᑦᔪᐅᓂᖕᒋᑦ ᑲᒪᒋᔪᐅᑦᓯᐊᖕᒋᑦᑐᑦ ᕿᑐᕐᖕᒐᓖᑦᓗ ᐃᑲᔪᕐᓯᔪᐅᓂᖕᒋᑦ

ᐱᕙᓪᓕᕐᑯᑎᖃᑦᓯᐊᓚᐅᕐᒥᔪᑦ ᓄᐃᑦᓯᓯᑎᒃ ᕿᑐᕐᖕᒐᓖᑦ ᐃᑲᔪᕐᑎᒌᓐᓂᖕᒋᓐᓂᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᑲᒪᑦᓯᐊᖕᒋᓐᓂᒥᒃ ᐃᑯᓪᓚᐅᒥᑎᑦᓯᒐᓯᐊᕐᓯᑎᒃ.

ᕿᑐᕐᖕᒐᕗᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ ᐱᓇᓱᓚᐅᕐᑕᖕᒐ ᓯᕗᒧᐊᑦᓯᐊᓚᐅᕐᑐᖕ ᑲᑎᒪᓂᑎᒍᓪᓗ ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑎᓕᐅᓚᐅᕐᓯᑎᒃ ᐅᕕᒐᕐᑐᐃᑦ ᓴᐳᒻᒥᔪᐅᓂᖕᒋᑦᑕ ᐊᔪᕐᕉᕐᒋᐊᕐᑎᖕᒋᓐᓄᑦ ᐅᐱᕐᖕᒑᒍᓚᐅᔪᔪᒥ 2011-ᒥ. ᕿᑐᕐᖕᒐᕗᑦ ᑲᑎᒪᔩᓄᑦ ᐃᓚᐅᔪᐃᑦ ᐅᑉᐱᓇᔪᖃᕐᒪᑕ ᐱᓐᓀᓗᑌᑦ ᑲᒪᑦᓯᐊᖕᒋᓐᓂᒧᑦ ᐃᓕᖕᒐᔪᖕ ᑲᒪᒋᔪᐅᒋᐊᖃᕐᑐᓇᑦᓯᒋᑦ ᑲᑐᑦᑐᖃᑎᒌᓪᓗᑎᒃ ᑎᒥᕐᓗ ᑎᒥᐅᔪᐃᓪᓗ, ᐃᑉᐱᒋᓗᒋᑦ:

- ᑲᒪᖃᑕᐅᒋᐊᕐᖕᒐᑐᑦ ᐱᒍᑦᔨᓃᑦ ᐃᑲᔪᕐᓯᔪᐅᒃᑲᓂᓇᐊᓖᑦ;
- ᐋᓐᓂᐊᕖᑦ ᐱᒍᑦᔨᓂᖕᒋᑦ ᑐᑭᓯᓇᕐᑎᑕᐅᒋᐊᓖᑦ ᑐᓴᐅᒪᔪᐅᑎᑕᐅᖃᑦᑕᓗᑎᓪᓗ ᐃᓄᓐᓄᑦ;
- ᐊᔪᐃᓐᓇᓕᕆᓐᓂᖕᒐ ᑲᔪᓯᒋᐊᓕᒃ ᐱᓇᓱᑦᑎᑖᕐᓂᒧᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᖅᑯᑖᕐᓂᒧᓪᓗ ᐃᓄᓐᓂᒃ ᐱᓇᓱᑦᑎᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓂ ᐱᑐᑦᓯᒪᐅᑎᔪᓂ;
- ᑕᓪᓕᒣᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᑦ ᕿᑐᕐᖕᒐᓕᓐᓂᒃ ᐃᑲᔪᕐᓯᒐᔪᕐᑐᑦ ᓇᓗᓀᕐᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᑲᑎᒪᔩᓄᑦ ᐱᐅᓂᕐᐸᐅᑎᓪᓗᒋᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᕿᑐᕐᖕᒐᓂᐊᑭᓯᖕᒋᓐᓄᐊᖕᒐᑦᓯᑎᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᓈᒻᒪᓯᑎᒃ ᐊᑐᕐᑕᐅᒐᔪᕐᑎᓗᒋᑦ;
- ᐊᑦᔨᒌᖕᒋᑐᐃᑦ ᑎᒥᐅᔪᐃᑦ ᐋᕐᖀᒋᐊᑦᓯᐊᓕᕐᓯᑎᓪᓗ ᐱᓇᓱᒍᓯᕐᒥᓂᒃ ᐃᓯᐊᕐᓂᓴᐅᕐᑯᓗᒍ ᑕᐅᕐᓰᕐᑲᑦᑕᐅᑎᓕᑭᑎᒃ ᖃᐅᔨᒪᔭᒥᓂᒃ ᐱᓇᓱᖃᑎᒌᓐᓂᒥᓪᓗ;
- ᐱᕙᓪᓕᐊᑎᑦᓯᓂᖕ ᓇᐅᑦᓯᑐᕐᓂᓗ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐱᑐᑦᓯᒪᐅᑎᔪᓂᒃ, ᐱᓗᐊᕐᑐᖕ ᐃᓚᒌᓄᐊᕐᒐᔪᓂᒃ ᑎᒥᐅᔪᓂᒃ, ᓯᕗᓪᓕᐅᔪᐅᒋᐊᖃᕐᑐᓇᔪᑦ ᐃᑲᔪᕐᑐᑕᐅᑦᓯᑎᓪᓗ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᑎᒥᐅᔪᓄᑦ.

ᑖᒃᑯᐊ ᐃᒫᖕᒉᕈᑏᑦ ᑕᑯᓐᓇᓯᒥᑦ ᐃᓕᕐᓴᓚᖕᒐᒥᐊᒥᒃ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᓂᒃ ᑲᒪᒋᔪᐅᑦᓯᐊᖕᒋᑦᑐᓄᑦ ᑐᓂᔪᐅᓯᒪᔪᑦ ᐅᕕᒐᕐᑐᐃᑦ ᐊᔪᕐᕉᕐᒋᐊᕐᑏᑦ ᑲᑎᒪᔩᖕᒋᓐᓄᑦ ᐱᐅᒥᔪᐅᓚᐅᕐᓯᑎᓪᓗ.

ᑲᒃᑲᓛᑦ, ᐃᓚᒌᑦ ᐅᕕᒐᕐᑐᐃᑦᓗ: ᑐᖕᒐᓕᐊᓂ ᑲᒪᖃᑕᐅᔪᑦ ᐱᒍᑦᔨᓂᖕᒋᑦ

ᐅᕕᒐᕐᑐᐃᑦ ᓴᐳᒻᒥᔪᐅᓂᖕᒋᑦ

ᓇᓗᓀᕐᑕᐅᓯᒪᔪᑦ

- ᐊᕐᖂᒧ 2010-2011-ᒥ ᐃᑉᐱᒋᔭᖃᓚᐅᕐᑐᖅ ᐊᑕᐅᓯᕐᖁᓕᐅᒥᑎᑦᓯᓂᕐᒥᒃ ᐅᕕᒐᕐᑐᐃᑦ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᓂᖓᑕ ᐱᓇᓱᑦᑎᖕᒥᓐᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐅᓄᕐᓯᐅᒥᑦᓯᑎᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᐱᓇᓱᑦᑏᑦ ᖃᐅᔨᔭᐅᑎᑦᓯᒪᓯᐊᕐᓂᒧᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᓐᓂᕐᒥᓗ ᐱᓇᓱᑦᑎᓂ.
    - ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑕᐅᓂᖏᑦ ᐃᒫᖏᕐᑕᐅᓂᖏᓪᓗ ᐃᓄᐃᑦ ᐱᓇᓱᑦᑏᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᕈᕐᑎᑕᐅᓯᒪᔪᖅ ᑲᑐᑦᔨᔭᐅᑦᓯᓂ ᒪᓇ ᕕᒃᑐᐊᓇᐊᓐ ᐃᓕᓴᕐᕕᒪᓇᒻᒥ ᑲᔪᓯᔭᐅᓕᕐᑐᖅ.
    - ᒪᕐᕉᒃ ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᕚᑦ ᐅᕕᒐᕐᑐᐃᑦ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᓂᖏᓐᓂ ᒪᕐᕉᓂ ᐊᕐᖂᓐᓂ ᓯᕕᑐᓂᓕᒻᒥ ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᕐᒥᒃ ᐃᓅᓐᓄᐊᖓᔪᒥᒃ ᑲᒪᔨᐅᓂᕐᒥ ᐃᓕᓴᓚᖓᑦᓯᑎᒃ.
- ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᒨᓕᖓᔫᑉ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖓ ᐊᑐᐃᓐᓇᕈᕐᑎᑕᐅᔪᖅ ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᒥᐊᕐᓂᐊᑎᓪᓗᒍ ᖃᓇᑕᐅᔭᕐᑖᓚᕐᑎᓗᒥᑦ ᐅᕕᒐᕐᑐᓄᑦ ᐊᐅᓚᑦᔭᓇᐊᓂᕐᒧᑦ ᐸᕐᓀᑕᐅᓯᒪᔪᒧᑦ ᓯᕗᒧᐊᑦᓯᐊᑐᖅ, ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᓕᓖᓂ ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᒥᐊᕐᓂᐊᑎᓪᓗᒍ ᐸᕐᓀᑕᐅᒪᓂᖓ ᑕᒪᑕ ᑲᑎᒪᐅᑕᐅᕐᑲᑦᑕᑐᖅ.

ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᕙᓪᓕᐊᓂᖓ ᓄᑖᖅ ᐃᕕᕐᑎᓯᕕᐅᒐᔭᕐᑐᖅ ᐅᕕᒐᕐᑐᓄᑦ

ᓇᓗᓀᕐᑕᐅᓯᒪᔪᑦ

- ᓴᓇᔭᐅᓂᒥᒃ ᓄᑖᒃ ᑲᒃᑳᓕᓇᕕᑦᓵᒃ ᐅᑭᐅᓕᓐᓄᑦ 6-ᒥᑦ 11-ᒧᑦ, ᐊᑕᐅᓯᖅ ᑰᑦᔪᐊᒥ ᐁᑉᐸᖓ ᑰᑦᔪᐊᖂᐱᒻᒥ.
- ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᒥᐊᕐᓂᐊᑎᓪᓗᒍ ᖃᐅᔨᒥᐊᕐᑕᐅᖃᑦᑕᓗᓂ ᐅᑦᑐᓇᐊᖅ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖓ Boscoville 2000, ᒫᓐᑐᔨᐊᓪᒥ. ᑖᒃᑯᐊ ᒪᕐᕉᒃ ᐃᕕᕐᑎᓯᕖᒃ ᐃᑉᐱᒋᔭᐅᖏᓐᓇᓕᒫᕐᕖᒃ, ᑲᒪᔨᕐᑲᕐᓯᑎᒃ ᐃᑉᐱᒍᓯᖏᓐᓇᓕᒫᕐᑐᓂᒃ ᒣ 2010-ᒧᒪᐅᔪᒻᒪᑦ ᐃᖅᒥᕐᕿᔪᖅ. ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᖅ ᓯᕗᓕᕐᑕᐅᓯᓂ ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᒧᑦ ᐱᓇᓯᕐᑲᑎᕐᑲᕐᓯᑎᒃ Boscoville 2000-ᑯᓐᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᑎᕐᑎᓯᒍᓐᓇᓯᓂ 16-ᓂᒃ ᐃᓅᓯᑦᑐᓂᒃ (ᐅᑭᐅᓕᓐᓂᒃ 12-ᓂᑦ 18-ᓄᑦ): ᓯᑕᒪᐅᔪᕐᑐᑦ ᓂᕕᐊᕐᓯᐊᑦ ᓯᑕᒪᐅᔪᕐᑐᑦ ᓱᑭᓲᑦ. ᐅᐊᕿᑎᖀᑦᑎᑕᐅᑎᓪᓗᒥᑦ Circle of Courage ᐱᒥᐊᕿᑕᐅᑎᓪᓗᒍ ᐃᓯᒪᒧᑦ ᐃᓕᓐᓂᕐᒥᓗ ᐃᓚᕐᑲᓯᑎᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᐃᓗᕐᕿᓯᖕᒪᓐᓄᐊᖓᔪᓂᒃ ᓱᕿᑦᓯᑎᑕᐅᑦᓯᑎᒃ ᓲᓯᒥᔭᕐᑲᕐᑎᓯᓂᕐᒥᓗ ᐃᓅᓐᓄᐊᖓᔪᓂᒃ ᐱᐅᔪᒥᒃ ᓄᐃᑦᓯᕐᑲᑕᑑᔭᕐᑐᖅ.

- ᐱᓇᓯᓐᓂᖅ ᓇᒻᒥᓂᖅ ᐊᐅᓚᑦᓯᒍᓐᓇᕙᓪᓕᐊᑎᑦᓯᒪᓯᐊᕐᓂᒧᑦ ᒪᕐᕿᐃᓂᒃ (ᓯᑕᒪᐅᔪᕐᑐᓂᒃ ᓱᑭᓯᕐᓂᒃ ᓯᑕᒪᐅᔪᕐᑐᓂᒃ ᓂᕕᐊᕐᓯᐊᓂᒃ) ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐅᕐᑯᒣᓪᓘᓚᐅᕐᑐᖅ ᑭᖑᕙᓇᐊᕐᑎᑕᐅᓂᖏᓐᓄᑦ. 2010-2011 ᐹᓇᐅᔭᕐᑐᓇᐅᑉ ᓄᖕᖑᐊᓂ, ᓴᓇᔭᐅᓂᑦᓵᖅ ᐃᕕᕐᑎᓯᕕᐅᒐᔭᕐᑑᑉ ᓂᕕᐊᕐᓯᐅᓄᑦ ᓱᓕ ᐊᖅᒥᕿᑕᐅᓯᒪᖁᑕᓚᐅᖕᖏᒪᑦ. ᓱᓕᔪᖅ ᒫᓐᓇ ᓄᓇᓕᓖᓂ ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᕚ ᐅᕕᒐᕐᑐᐃᑦ ᐃᕕᕐᑎᓯᕕᖕᒪᓐᓄᑦ ᐱᓇᓯᒐᖕᖕᓴᖕᖕ ᓱᓕ ᐃᓐᓄᓯᒪᕿᑕᖕᖏᒪᑦ ᔫᓐ 2010-ᒥᓂᑦ ᑭᖑᕙᕐᑎᓯᓚᐅᕐᑐᖅ ᐳᕐᑐᓯᒥᐊᕐᓂᓇᒐᔭᕐᑕᖏᓐᓂᒃ ᐱᓇᓯᕐᑲᑎᕿᑦᑐᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓕᔭᐅᓂᖓ ᓴᐳᒻᒥᕕᒃ ᐃᕕᕐᑎᓯᕕᐅᑉ ᓱᑭᓯᕐᓄᑦ 12-ᓂᑦ 18-ᓄᑦ ᐅᑭᐅᓕᓐᓄᑦ (ᓴᓪᓗᓂ).

- ᐊᑕᐅᓯᖕᖑᑎᑕᐅᓂᖓ ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᕐᑲᕐᑎᓯᓂᕐᒧᑦ ᐱᒍᑦᔨᕕᒻᒥ, ᓱᕐᖁᐃᓯᑎᑦᓯᓂᐅᓲᖅ ᐃᓗᓐᓈᒧᑦ ᐃᑎᕐᑎᓯᓂᕐᒥᒃ ᐊᓂᑦᓯᓂᕐᒥᓗ ᓄᑦᑎᑕᐅᓂᖏᓐᓂᓗ

ᐊᓂᕐᕋᓂ ᐃᕕᕐᑎᓯᕕᓐᓂᓗ ᐱᒍᑦᓴᓅᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐅᕕᒐᕐᑐᓄᑦ ᑐᓂᕐᕿᑕᐅᓯᒪᔪᓄᑦ ᐅᕕᒐᕐᑐᐃᑦ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᓂᖕᒥᓐᓄᑦ ᐅᑫᕙᓗᓐᓅᑦ ᐋᓐᓂᐊᕕᓐᓄᑦ. ᐊᑐᐃᓐᓇᕐᑲᕐᑎᓯᓂᕐᒃ ᐱᒍᑦᓴᓂᕐᒥᑉ ᓯᓚ ᑲᔪᓯᔪᕐᒃ ᒫᑦᓯ 2010-ᒧᓚᐅᔪᑎᓪᓗᒍ.

ᑲᑐᑦᔾᔮᕐᑲᑎᒦᓐᓂᒧᑦ ᐱᓇᓱᓐᓂᕐᒃ ᓱᖕᒥᐅᓯᓴᒥᐊᑦᓯᐊᓂᕐᒧᑦ ᐱᕙᓪᓕᐊᑎᑦᓯᓂᕐᒧᓗ ᐱᔪᑦᓴᓂᒃ, ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᒨᓕᐊᔫᑉ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖓᓄᑦ

ᓇᓗᓃᕐᑕᐅᓯᒪᔪᑦ

- ᐊᑕᐅᓯᖕᖑᒍᑎᑕᐅᓂᖓ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐅᕕᒐᕐᑐᐃᑦ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᓂᖓ - ᐃᕕᕐᑎᓯᕕᐅᑉ ᐋᓐᓂᐊᕕᓐᓂ ᑲᑎᒪᔮᐊᐲᑦ, ᐱᓗᐊᕐᑐᕐᒃ ᐅᕕᒐᕐᑐᐃᑦ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᓂᖓ - ᐃᕕᕐᑎᓯᕕᐅᑉ ᑲᑎᒪᔮᐊᐱᖕᒥᑦ. ᓄᐃᑕᕕᓂᕐᒃ 2008-ᒥ *CDPDJ* ᐱᓇᓱᑦᑕᕕᓂᐅᑎᓪᓗᒍ, ᑲᑎᒪᔩᑦ ᑲᑎᑎᓇᔪᕐᒃ ᐱᒪᓇᐅᓂᕐᕙᖕᒥᓐᓂᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐱᓇᓱᑦᑎᓂ ᐱᔾᔪᑦᓯᒪᐅᑎᔪᓂᒃ ᐱᓇᓱᕐᑲᑎᕐᑲᓲᓂᒃ ᐅᕕᒐᕐᑐᓂᒃ ᐅᕐᑯᒣᓪᓘᑐᓂᒃ ᑲᑎᓲᒍᑦᓯᑎᓪᓗ ᐱᖕᒪᓲᔪᕐᑐᕕᑦᓯᑎᑉ ᐊᕐᕌᒍᕐᒥ.

- ᐱᕐᑯᓯᒧᑦ ᐃᓕᑕᕆᓯᐅᓯᓂᖕᒥᑦ ᐅᕕᒐᕐᑐᐃ ᐊᔪᕐᕇᒥᐊᕐᑏᑦ ᑲᑎᒪᔨᖕᒥᑦ ᐅᑉᔫᐱᕆ 2010-ᒧᑦ. ᑲᑎᒪᕕᐅᕕᒥᓯᐅᔪᕐᒃ ᑭᒻᒪᑐᕐᑕᐅᓯᑎᑉ ᖁᓕᓪᓗ ᓯᑕᒪᓪᓗᓄᑦ ᑎᒥᐅᔪᓄᑦ: ᐊᒥᓲᓂᕐᓴᑦ (ᖁᓖᑦ) ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᕚᖓᓗ ᐃᓄᑐᐃᓐᓅᑦ. ᑎᓕᓯᐅᒪᐅᑎᓖᑦ ᐃᒫᖕᖃᕿᑎᓕᐅᓇᐊᒥᑉ ᐱᒍᑦᓴᓂᕐᓂᒃ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᑎᑦᓯᓕᐅᒥᒐᓯᐊᕐᓯᑎᑉ ᐅᑯᓄᖓ:

    ᐃ) ᐊᑭᕋᕐᑐᓯᓂᒃ ᑲᒪᑦᓯᐊᖕᒥᓐᓂᒥᒃ ᐊᒪᓗ ᕿᑐᕐᖓᓕᓇᒍᓯᕐᒥᓗ ᐱᕙᓪᓕᐊᑎᑦᓯᒪᓯᐊᓚᖓᓗᑎᒃ;
    ᐱ) ᐱᕙᓪᓕᐊᑎᑦᓯᓯᓗᑎᒃ ᐃᓚᐅᓂᓇᒥᐊᓕᖓᓂᒃ ᓄᓇᓖᑦ ᐅᕕᒐᕐᑐᐃᑦ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᓂᖕᒥᓐᓄᑦ ᐱᐅᓯᐅᑎᑕᐅᔪᒥ;
    ᑎ) ᐱᕙᓪᓕᐊᑎᑦᓯᓯᓗᑎᒃ ᐃᕐᖃᑐᐃᔩᑦ ᐊᓯᐊᒍᕐᑐᒥᒃ ᐊᑑᑎᑎᑕᐅᒐᓴᕐᑐᓂᒃ ᐅᕕᒐᕐᑐᐃᑦ ᐱᓂᕐᓗᓯᒪᔪᕕᓅᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᓕᕐᑐᓂᒃ ᐃᕐᖃᑐᐃᔩᑦ ᓯᓚᑖᒧᑦ ᐃᑲᔪᕐᓯᔭᐅᒥᐊᒥᒃ

    ᐃ-ᓗ ᐱ-ᓗ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᒥᔫᑉ ᐱᓇᓱᓐᓂᒧᑦ ᑲᑎᒪᔩᓄᑦ.

ᐅᕕᒐᕐᑐᐃᑦ ᐅᐃᓇᓯᒪᐅᑎᓖᑦ

- ᐃᓂᓪᓚᑎᓇᓂᕐᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐅᐃᓇᓯᒪᓂᕐᒧᑦ ᑲᑎᒪᔩᓂᒃ ᒣ 2010-ᒥ, ᑲᑎᑎᓇᑦᓯᑎᑉ ᓯᕗᓪᓕᐅᒥᐊᕐᑲᕐᑐᓇᓴᒥᓂᒃ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐃᓯᒫᓗᑎᓕᓐᓂᒃ ᐱᓐᓄᓗᑕᓕᓐᓂᒃ ᐅᐃᓇᓯᒪᓂᕐᒥᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᓂᒃ.

- ᐃᓅᑦ ᓴᖑᑎᑦᓯᕙᓪᓕᐊᕋᓴᕐᑐᐃᑦ ᐱᓇᓱᑦᑏᑦ ᐅᕕᒐᕐᑐᓂᒃ ᐅᐃᓇᓯᒪᐅᑎᓕᓐᓂᒃ ᓂᕕᖕᖓᑕᐅᓯᒪᓕᐅᔪᔪᑦ ᐅᑭᐊᑦᓴᕐᒃ 2010-ᒥ. ᐃᓘᓕᑦᓯᕕ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒥ, ᐱᓇᓱᑦᑎᓕᒃ ᓯᓚ ᓅᕕᒻᐱᓇ 2010-ᒥᑦ. ᑐᓕᑦᑕᕕᒻᒥ, ᐃᓐᓄᕋᑦᓴᐊᕐᑲᖕᖏᑐᑦ.

ᑲᑉᑳᑦ, ᐃᓚᒦᑦ ᐅᕕᒐᕐᑐᐃᓗ: ᐃᓯᒪᒥᓴᐅᓯᒪᔪᑦ 2011-2012-ᒥ

- ᓱᓇᒥᑦᑎᓗᒥᑦ ᐱᓇᓱᕐᑲᑎᒌᓚᖕᒐᔪᑦ.
- ᑲᔪᓯᓗᑎᒃ ᐱᓇᓱᕐᑲᑎᒌᓪᓗᑎᒃ (ᐅᕕᒐᕐᑐᓂᒃ ᐊᔪᕐᑮᒥᐊᕐᑏᑦ ᑲᑎᒪᔨᖕᒥᑦ ᐱᖕᒐᓱᐃᓪᓗ ᐱᓇᓱᓐᓂᒧᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ) ᓱᖕᒥᐅᓯᓴᒥᐊᑦᓯᐊᓂᖅ ᓄᐃᑦᓯᐸᓪᓕᐊᓂᕐᓗ ᐃᖕᒥᕐᑫᑎᑕᐅᒥᐊᓕᓐᓂᒃ ᓰᓯᒥᔭᓕᓐᓂᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᐊᓐᓂᓇᕐᑐᕐᑯᑎᖕᒥᓐᓂᒃ ᑭᐅᒍᑎᐅᓗᑎᓪᓗ ᑭᖕᖕᒎᒪᔭᐅᔪᓂᒃ ᐅᕕᒐᕐᑐᓄᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᓄᑦ ᐃᓚᖕᒥᓐᓄᓗ.

ᑲᒪᕐᑲᑕᐅᒥᐊᕐᖕᒐᑐᑦ

- ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᓗᑎᒃ ᐊᑐᓕᕐᑎᑕᐅᔪᓂᒃ ᕿᑐᕐᖕᒐᑯᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ ᐃᒫᖕᒉᕈᑎᖕᒥᓐᓂᒃ.
- ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᓗᑎᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᓐᓂᒃ ᓄᐃᑦᓯᐸᓪᓕᐊᔪᓂᒃ ᐊᑕᐅᓯᐅᓕᖕᒐᔪᒥᒃ ᐱᓇᓱᕐᑲᑎᒌᑦᑐᓂᒃ ᑲᒃᑲᓛᓄᑦ, ᐃᓕᒦᓄᑦ ᐅᕕᒐᕐᑐᓄᓪᓗ.
- ᑐᖕᖕᒐᕕᕐᑲᕐᓯᓂ ᓄᕐᕐᑲᓇᐊᕈᑎᕕᓂᖕᒥᓐᓂᒃ ᒧᓈᒃ ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑎᕕᓂᖕᒥᓐᓂᒃ. ᐋᕐᕐᑭᓱᕐᑕᐅᓯᒪᔪᓂᒃ ᓄᐃᑦᓯᓚᖕᒐᓗᑎᒃ ᐱᒍᑦᔨᓂᐅᒐᔭᕐᑐᓂᒃ ᑲᒃᑲᓛᓄᑦ ᐅᕕᒐᕐᑐᓄᓪᓗ ᐃᓯᒪᒥᒍᑦ ᐃᓗᓯᕐᓘᑎᓕᓐᓄᑦ.
- ᐱᓇᓱᑉᐸᓕᐊᓯᓗᑎᒃ ᑕᑯᓐᓇᓗᑎᒃ ᐱᓇᓱᕐᑲᑎᕐᑲᕐᐸᓕᐊᑕᕈᒪᒥᐊᒥᒃ ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓂᒃ ᑲᑎᕕᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᓕᕆᓂᒃᑯᓂᓪᓗ.

ᑐᖕᒐᓕᖕᒥᑦ ᑲᒪᓯᔪᑦ

- ᓴᐳᑦᔨᓗᑎᒃ ᐱᓇᓱᑉᐸᓕᐊᓯᓂᕐᒧᑦ ᓄᐃᑦᓯᓚᖕᒐᓗᑎᒃ ᐅᕕᒐᕐᑐᐃᑦ ᑲᑎᑦᑕᕕᖕᒐᓐᓂᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ.
- ᐃᑲᔪᕐᓯᓗᑎᒃ ᓄᐃᑦᓯᐸᓪᓕᐊᔪᓂᒃ ᐱᓇᓱᓐᓂᒧᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ ᐃᒫᖕᒉᕈᑎᖕᒥᓐᓂᒃ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐃᓚᐅᔪᑦ ᐱᐅᓯᖕᒥᑦ ᐅᕕᒐᕐᑐᐃᑦ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᓂᖕᒐᓂ ᓄᐃᑦᓯᓗᑎᓪᓗ ᑲᑎᒪᔨᓂᒃ ᐃᕐᕐᑲᑐᐃᔨᒃᑯᑦ ᓯᓚᑖᒍᑦ ᐃᑲᔪᕐᓯᒐᔭᕐᑐᓂᒃ ᐅᕕᒐᕐᑐᓂᒃ ᐱᓂᕐᓗᓯᒪᔪᓂᒃ.
- ᓴᐳᑦᔨᓗᑎᒃ ᐱᒥᐊᕐᑎᑕᐅᔪᓂᒃ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓂᒃ ᐱᓇᓲᑎᑦᓴᓂᓪᓗ ᑐᕋᕐᖕᒐᑎᑕᐅᔪᓂᒃ ᐃᓚᖕᒥᓐᓄᑦ ᐅᕕᒐᕐᑐᐃᑦ ᐅᕐᑯᒣᓪᓘᑐᐃᑦ ᐅᕕᒐᕐᑐᐃᑦ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᓂᖕᒥᓐᓄᑦ ᑲᒪᒥᔭᐅᔪᓂᒃ.
- ᓄᐃᑦᓯᓗᑎᒃ ᐱᐅᓯᐅᒥᐊᓕᓐᓂᒃ ᐃᓕᑕᕐᓯᓂᐅᕐᑲᑦᑕᑫᓴᕐᑐᓂᒃ ᕿᑐᕐᖕᒐᓇᖕᖕᒥᑕᒥᓂᒃ ᓇᔪᕐᑎᓕᓐᓂᒃ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓂ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᓂᕐᓂᓗ, ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᒨᓕᖕᒐᔪᒍᑦ ᓴᐳᒻᒥᓂᕐᒥᒃ ᑕᕐᑫᕐᓯᑎᑦᓯᓂᕐᒥᓗ ᕿᑐᕐᖕᒐᓇᖕᖕᒥᑕᒥᓂᒃ ᑲᒪᑎᑕᐅᓰᓂᒃ.
- ᐃᑉᐱᒍᓱᓪᓗᑎᒃ ᓴᐳᑦᔨᓗᑎᓪᓗ ᐸᕐᓀᑕᐅᓯᒪᔪᓂᒃ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᒥᐊᓕᓐᓂᒃ ᐅᒃᑯᐃᑕᐅᓕᕐᐸᑦ ᐱᒍᑦᔨᓃᑦ ᐅᑭᐅᓕᓐᓄᑦ 6-ᒥᑦ 11-ᒧᑦ, ᓇᓗᓀᕐᓯᓗᑎᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑕᐅᒥᐊᕐᑲᕐᓂᖕᒥᓐᓂᒃ ᒪᕐᑮᐃᒃ ᐃᓅᒃ ᐁᐸᓈᒃ ᐊᓂᕐᑫᓇᔭᐅᒐᔭᕐᑑᒃ ᑖᒃᑯᓄᖕᒐ.
- ᓴᐳᒻᒥᓗᑎᒃ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖕᒐᓂᒃ ᐊᐅᓚᑦᓯᐸᓪᓕᐊᓯᓂᕐᒧᑦ ᓯᑭᓰᕐᓂ ᐅᓪᓗᓇᐊᑦ ᐃᖕᒥᕐᑫᑎᑕᐅᓂᖕᒐᓃᑦᑐᓂᒃ (ᒪᓐᑐᕆᐊᓪᒥ) ᓴᐳᒻᒥᕕᒃ ᐃᕕᕐᑎᓯᕕᒻᒥ (ᓴᓪᓗᓂ) ᐊᑐᐃᓐᓇᑭᕐᑎᓗᒥᓪᓗ ᐊᐅᓚᑦᓯᐸᓪᓕᐊᓯᓂᒧᑦ ᓂᕕᐊᕐᓯᐊᓂᒃ.
- ᓴᐳᒻᒥᓂᖅ ᐱᒥᐊᕐᖕᒐᐅᑎᖕᒐᓂᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐋᕐᕐᑭᓱᐃᐸᓪᓕᐊᓂᖕᒥᓐᓂᒃ ᐅᕕᒐᕐᑐᓂᒃ ᐊᐅᓚᑦᑫᒋᐊᕐᓂᒧᑦ ᐸᕐᓀᓯᒪᐅᑎᓂᒃ, ᐃᓚᐅᑎᓪᓗᒍ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᓂᖅ, ᐋᕐᕐᑮᒥᐊᕐᓂᖅ ᐆᕐᑐᕐᑫᕐᓂᓗ.
- ᓄᐃᑦᓯᓂᖅ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᑲᑎᒪᔨᓂᒃ ᕐᑲᐅᔨᒥᐊᕐᑲᑦᑕᓛᕐᑐᓂᒃ ᐱᒥᐊᕐᑎᑕᐅᓯᒪᔪᓂᒃ ᑲᑐᑦᔨᓯᒍ ᐊᖕᒥᕐᑲᑎᒦᒍᑎᓕᐊᒍᓯᒪᔪᖅ ᐊᒪᓗ ᓴᐳᒻᒥᓂᖅ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᓂᕐᒥᒃ ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᔪᐃᑦ ᒪᓕᒐᓇᒥᐊᓕᖕᒥᓐᓂᒃ ᑐᕋᕐᑎᑕᐅᔪᓂᒃ ᐱᓇᓱᑦᑎᓄᑦ ᑲᑐᑦᔨᕐᑲᑎᒦᑦᑐᓂ ᑎᒥᐅᔪᓂ.

ᐃᓄᒻᒪᓈᑦ ᓄᓇᓕᖕᓂᓗ ᐱᒍᑦᔨᓃᑦ ᐃᖏᕐᕋᑎᑕᐅᔪᑦ

ᑖᒃᑯᐊ ᐱᓇᓱᒃᑲᑎᒌᑦᑐᑦ ᐱᔭᑦᓴᖏᑦ ᓴᐳᒻᒥᓚᖓᓗᑎᒃ ᐸᕐᙱᕐᓄᑦ ᐱᔭᑦᓴᓕᕆᓂᕐᓄᑦ ᐱᒍᑦᔨᕕᒻᒥᒃ. ᐃᒫᖒᕐᑎᕐᑲᕐᓯᑎᒃ ᑕᓪᓕᒪᓂᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᓃᑦ ᐱᕙᓪᓕᐊᔪᓂᖓᓂᒃ ᐊᑐᕐᑕᐅᓂᖓᓂᓪᓗ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᒧᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᑎᑕᐅᔪᑦ ᐋᕐᕿᓱᕐᑕᐅᓯᒪᑦᓯᓂ ᐅᓪᓗᒥ ᐱᐅᓯᐅᔪᒧᑦ ᑭᖕᖑᒪᔪᖕᒥᓐᓄᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᑦ:

- ᐃᓯᒪᒧᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅ, ᐃᒻᒥᓂᐊᕐᑎᓯᑦᑌᓕᓂᖅ, ᐊᖑᑏᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᔭᐅᓂᖓ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓂᖏᓐᓄᓗ;
- ᐃᓚᒦᓐᓂ ᐱᕆᐊᕐᑲᑦᑕᐅᑎᓃᑦ ᓄᓕᐊᕐᓂᑯᓪᓗ ᕐᑯᓄᔪᕐᓂᐊᑕᐅᔪᑦ
- ᑭᓇᑐᐃᓐᓇᑯᑦ ᐃᒻᒥᓂᕐᑭᕐᑲᔭᖕᖏᒥᑐᑦ ᑎᑭᒥᒍᓪᓗ ᐃᕐᑫᓴᖑᐊᓖᑦ;
- ᐊᖓᔭᕐᓇᑐᓂᒃ ᐊᑐᕐᓂᓗᑦᑐᑦ ᐅᐃᖑᓯᒪᐅᑏᓪᓗ;
- ᓄᓇᓕᖕᓂ ᑎᒥᐅᔪᐃᑦ, ᓴᐳᒥᔭᐅᓂᖏᑦ ᐱᓇᓲᑎᕐᑲᕐᓃᑦ ᐱᕙᓪᓕᐊᔭᐅᓂᖏᓐᓄᑦ.

ᐱᓇᓱᒃᑲᑎᒌᑦᑐᑦ ᓴᐳᒥᓂᕐᒥᓂᒃ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᑎᑦᓯᔫᑦ ᕐᑲᐅᔨᒪᔪᓪᓚᕆᐅᓂᕐᒥᓂᓪᓗ ᓄᓇᓕᓕᒫᓄᐊᖓᔪᒥᒃ ᓯᕐᑯᐃᓯᕐᑯᓗᒥᑦ ᐱᕙᓪᓕᐊᔭᐅᓂᖓ ᐱᒪᓇᑦ ᐋᕐᕿᓯᒪᐅᓰᑦ ᐊᓪᓚᕐᑯᑎᖏᑦ. ᐅᑦᑑᑎᒥᒍᑦ:

- ᐅᒃᑯᐃᑕᐅᓂᕐᑲᓚᐅᕐᑐᖅ ᐊᒥᓯᐃᓂᒃ ᐱᑦᔪᑎᕐᑲᕐᓯᑎᒃ ᐃᓪᓗᖅ ᑲᖏᕐᓱᐊᓗᑦᔪᐊᒥ (M-19) ᑎᓯᒻᐱᕆ 2010-ᒥ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂᒃ ᑯᐯᒻᒥᓗ ᐱᓇᓱᒃᑎᑦᑎᓂᒃ ᐃᓚᖃᕐᓯᑕ;
- ᓄᐃᑕᐅᑎᓪᓗᒥᒃ ᒪᕐᐲᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂᒃ ᐊᔪᕐᕿᒥᐊᕐᑏᑦ ᑲᑎᒪᔩᖏᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᒨᓕᖓᔫᑉ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖓᑕ ᐱᕙᓪᓕᐊᔭᐅᓂᖓ ᐃᓯᒪᒧᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒧᐊᓕᖓᔪᖅ ᐅᐃᖑᓯᒪᓂᕐᒧᐊᖓᔪᓪᓗ, ᒪᕐᐲᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᓯᕗᓪᓕᐅᔭᐅᒥᐊᕐᑲᕐᓯᒪᔫᒃ.

ᑭᖑᓂᖓᒍᑦ ᓅᓕᑎᕐᓯᒪᔪᑦ ᐱᕙᓪᓕᐊᔭᐅᓯᒪᔪᑦ ᐊᓪᓚᕐᑯᑏᑦ 2010-2011-ᒥ.

ᐃᓯᒪᒧᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅ, ᐃᒻᒥᓂᐊᕐᑎᓯᑦᑌᓕᓂᖅ, ᐊᖑᑏᑦ ᐃᓗᓯᖓ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓂᖓ

ᐃᓯᒪᒧᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅ

- ᓄᐃᑕᐅᑎᓪᓗᒍ ᐊᔪᕐᕿᒥᐊᕐᑏᑦ ᑲᑎᒪᔩᖏᑦ ᐃᓯᒪᒧᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᓇᓱᓐᓂᒧᓪᓗ ᑲᑎᒪᔩᑦ ᐋᕐᕿᒥᐊᕋᔭᕐᑐᑦ ᐊᓂᕐᕋᕐᑲᕐᑎᓯᓂᕐᒥᒃ ᐃᓯᒪᒃᑯᑦ ᕐᑲᓄᐃᒍᑎᓕᖓᓂᒃ. ᑲᑎᒪᔩᑦ ᐃᓚᐅᔪᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐱᓇᓱᒃᑲᑎᒌᑦᑐᑦ ᑐᕋᒐᕐᑲᕐᓯᑎᓪᓗ ᓄᐃᑦᓯᓂᕐᒥᒃ ᐃᒫᖒᕈᑎᓂᒃ ᐋᕐᕿᒥᐊᕈᑕᐅᒐᔭᕐᑐᓂᒃ ᐃᓯᒪᒃᑯᑦ ᐃᓯᕐᓇᖕᒥᑦᑐᓂᒃ ᐃᒻᒥᓂᐊᕐᑎᓯᑦᑌᓕᓂᕐᒥᓪᓗ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᒥᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᑉᐱᒍᓯᑦᓯᐊᓗᑎᒃ ᐃᖏᕐᕋᑎᑕᐅᔪᓂᒃ ᐃᓗᕐᕈᓯᕐᒧᐊᖓᔪᓂᒃ ᓄᐃᑦᑎᐊᓕᓐᓂᒃ.
  - ᑲᑎᒪᔩᑦ ᓯᕗᓪᓕᐅᕐᑯᕐᓕᐅᑦᑐᑦ ᐃᒻᒥᓂᐊᕐᑎᓯᑦᑌᓕᓂᕐᒥᒃ, ᕐᑲᐅᔨᔭᐅᑎᑦᓯᒪᓯᐊᕐᓂᒃ ᐃᓯᒪᒧᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐊᒻᒪᓗ ᐋᕐᕿᒥᐊᕋᓯᐊᕐᓂᒃ ᐊᓂᕐᕋᐅᒪᔭᕐᑐᓂᒃ ᑭᓇᑐᐃᓐᓇᑯᓐᓄᑦ ᐃᓯᒪᒃᑯᑦ ᐊᑯᓂᐊᓗᒃ ᐃᓯᕐᓇᖕᒥᑦᑐᓇᓐᓄᑦ.
- ᓴᐳᑦᔭᐅᒥᐊᓖᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᑦ ᐱᔭᓈᕐᑕᐅᒥᐊᕐᑲᕐᓂᖏᑦ ᕿᓇᐅᔭᕐᑲᕐᑎᑕᐅᔪᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅ ᑳᓇᑕᒧᑦ ᓄᓇᓗᕐᑯᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐊᓯᑦᔨᑦᑕᐅᓂᕐᒧᐊᓕᖓᔪᑦ ᕿᓇᐅᓭᑦ. ᕐᑲᐅᔨᓴᐅᑎᑦ

ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᓂᒃ ᐋᖅᑭᓱᒪᐅᑎᓪᓗ ᐃᒫᖕᒋᕈᑎᓕᐊᑦᓴᓂᒃ ᐋᖅᑭᒋᐊᕿᔭᖅᑐᓂᒃ ᐃᓱᒪᒍᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᒥᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐋᖅᑭᓱᒪᐅᓯᖕᒥᓐᓂᒃ ᐋᖅᑭᒋᐊᕿᔭᖅᑐᓂᓪᓗ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᓂᒃ.

- ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᖅ ᐃᒫᖕᒋᕈᑎᓕᐅᕐᑕᐅᓂᕐᒧᑦ ᑎᑭᐅᑎᓚᐅᕐᒥᔪᖅ ᑐᕿᒪᖅᑲᕐᑎᑕᐅᓯᑦᓯᓂ ᓄᐃᑕᐅᒥᐊᖅᑲᓕᕐᑎᓗᒥᑦ ᑲᒪᒋᐊᖅᒪᖅᑲᕆᐊᓖᑦ ᐱᓇᓱᖅᑲᑎᒌᑦᑐᑦ ᑐᓂᒪᔪᑦ ᐃᓱᒪᒍᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᑐᑭᑖᕐᓯᑎᒃ ᓄᓇᓕᖕᓂᒃ ᐱᓇᓱᖅᑎᖅᑲᕐᓂᓴᐅᓚᖕᒪᓕᕐᓯᑎᒃ ᐱᒋᐊᕐᑎᓯᑦᑌᓕᓂᕐᒥ, ᖃᐅᔨᓴᐅᑎᑦᓯᒪᓯᐊᕐᓂᒥ ᑲᒪᒋᐊᖅᑲᕐᓂᒥᓪᓗ ᐃᓱᒪᒍᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ.

- ᓴᐳᒻᒥᓗᑎᒃ ᐊᑐᐃᓐᓇᕈᕐᑎᑕᐅᓂᖕᒪᓂ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᑦ ᓄᓇᓕᖕᓂ ᐊᑕᐅᑦᓯᑰᕐᑎᓯᔨᓄᑦ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓂᒧᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᓄᑦ. ᓴᐳᒻᒥᓗᑎᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑕᐅᓂᖕᒥᓐᓂᒃ ᑐᑭᕐᑐᓂᒃ ᐊᑕᐅᑦᓯᑰᕐᑎᓯᔨᓄᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᓄᓪᓗ, ᓄᐃᑦᓯᓂᐊᕐᒪᑕ ᐸᕐᓀᓯᒪᐅᑎᒥᒃ ᐊᐅᓚᑦᓴᓇᐊᕈᑎᑦᓴᐅᒪᔭᕐᑐᒥᒃ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᓄᑦ ᓄᐃᑕᐅᓚᖕᒪᓂᖕᒥᓐᓄᓗ ᐱᔭᑦᓴᐅᓚᖕᒪᔪᑦ.
  - ᓄᐃᑦᓯᓗᑎᒃ ᓄᓇᓕᖕᓂ ᐊᑑᑎᔭᐅᒪᔭᕐᑐᒥᒃ ᖃᐅᔨᓴᐅᑎᑦᓯᒪᓯᐊᕐᓂᒥᒃ ᐱᒋᐊᕐᑎᓯᑦᑌᓕᓂᕐᒥ ᑲᒪᖅᑲᑕᐅᓂᕐᒥᓗ ᐃᓱᒪᒍᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐋᖅᑭᒋᐊᕐᑕᐅᓯᒪᔪᖅ ᑭᖕᖑᒪᔭᐅᔪᑦ ᓇᓗᓀᕐᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᒪᓕᑦᓯᒥᑦ ᓄᓇᓕᖕᓂ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓂᒧᑦ ᑲᑎᒪᔩᓄᑦ.

- ᑲᑐᑦᔾᔭᖅᑲᑎᒌᓪᓗᑎᒃ ᓄᐃᑦᓯᓗᑎᒃ ᐱᒋᐅᕐᓴᑎᑦᓯᓂᕐᒥᒃ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᒋᐊᓕᖕᓂᒃ ᓄᓇᓕᖕᓂ ᐱᓇᓱᑎᓄᑦ ᐱᖕᒪᓯᐃᓂ ᐊᓂᕐᖁᒥ ᐃᓯᒪᓐᓂᐊᓂᕐᒥ ᐱᓇᓱᕝᕕᓂ: ᐅᐃᒪᓇᕐᓯᓯᒪᔪᖅᑲᐅᑎᒥ, ᐃᓅᖅᑲᑎᒌᓄᑦ ᐃᓕᔭᐅᕙᓪᓕᐊᑎᑦᓯᕕᓪᒥ ᐃᑉᐱᒋᔭᐅᖕᒥᓐᓇᑐᒃᑯᕕᓐᓂᓗ ᐊᓂᕐᖁᓂ.

ᐃᒻᒥᓂᐊᕐᑎᓯᑦᑌᓕᓂᖅ

- ᖃᐅᔨᒋᐊᕐᑕᐅᖅᑲᑦᑕᓗᑎᒃ ᐱᒋᐅᕐᓴᑎᑕᐅᓂᕐᒥᒃ ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᔪᑦ ᐃᒻᒥᓂᐊᕐᑎᓯᑦᑌᓕᓂᕐᒥ ᑭᖑᓂᖓᒍᓗ ᑲᒪᒋᔭᐅᒥᐊᓪᓚᖅᑲᑦᑕᓗᑎᒃ ᓄᓇᓕᖕᓂ.
- ᓴᐳᒻᒥᓗᑎᒃ ASIST ᐱᒋᐅᕐᓴᑎᑦᓯᔾᔨᓂᒃ ᐊᑐᐃᓐᓇᕈᕐᑎᓗᑎᓪᓗ ᐱᖕᒪᓖᔪᕐᑐᓂᒃ ᑲᑎᒪᓂᐊᕈᓯᐅᒪᔭᕐᑐᓂᒃ ᐃᒻᒥᓂᐊᕐᑎᓯᑦᑌᓕᓂᕐᒧᐊᖕᒪᔪᓂᒃ.
- ᓴᐳᒻᒥᓗᑎᒃ ᓄᐃᑕᐅᒥᐊᖅᑲᕐᓂᖕᒪᓂᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐋᖅᑭᓱᒪᐅᑎᑦᓴᒥᒃ ᐃᒻᒥᓂᐊᕐᑎᓯᑦᑌᓕᓂᕐᒧᑦ.

ᐊᖑᑎᑦ ᐃᓗᓯᖕᒪ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓂᓗ

- ᓯᕐᖁᐃᑕᐅᑦᓯᐊᓇᐊᖏᑦ ᐱᒍᑦᔨᖏᑦ ᓄᐃᑕᐅᒥᐊᖏᑦ ᒪᓕᓪᓗᑎᒃ ᑲᕙᒪᒃᑯᑦ ᐸᕐᓀᓯᒪᔭᖕᒪᓄᑦ ᐊᐅᓚᑦᓴᓇᐊᕐᓂᐅᒪᔭᕐᑐᖅ ᐊᖑᑎᑦ ᐃᓗᓯᖕᒪᓄᑦ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓂᖕᒪᓄᓪᓗ ᐃᓕᖕᒪᔪᑦ.

ᖃᐅᔨᓴᕐᓂᖅ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᖅ ᐃᓯᒪᒍᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᑳᓇᑕᒥᖅᑲᕐᑎᑕᐅᑦᓯᓂ ᓄᓇᓕᑐᖃᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐊᓯᑦᔨᕚᓕᐊᓂᕐᒧᐊᓕᖕᒪᔪᑦ ᑳᓇᑕᒃ

- ᑖᓐᓇ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᖅ ᓄᐃᑕᐅᓯᒪᔪᖅ ᑭᐅᒍᑕᐅᑦᓯᓂ ᑭᖕᖕᒎᒪᔭᐅᓯᒪᔪᓂ ᓇᓗᓀᕐᑕᐅᓯᒪᔪᖅ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓱᒪᒧᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒍᐊᖕᒐᑎᓪᓗᒍ, ᐱᓗᐊᕐᑐᖅ ᐅᕕᒐᕐᑐᓄᐊᖕᒐᑎᓪᓗᒍ.

- ᐊᐅᓚᑦᔭᓇᐊᕐᓂᒧᑦ - ᖃᐅᔨᓴᕐᓂᖅ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᕕᓂᖅ ᒪᕐᑮᐃᒍᑦᓯᑎᒃ ᐱᓇᓱᖃᑎᒥᑦᑐᓄᑦ, ᐊᑐᓂ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒪᓐᒧᐊᖕᒐᑦᓯᑎᒃ, ᑕᑯᓂᐊᓕᖕᒐᑎᓪᓗᒥᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᕐᑯᓕᓪᓗ ᓯᑕᒪᓪᓗᓂ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᓄᐃᔪᕕᓃᒃ. ᑕᑯᓂᐊᕐᓂᕐᑲᕐᓯᑎᒃ, ᖃᐅᔨᒪᔪᓪᓕᓈᑦ ᑭᒃᒐᑐᕐᑏᓗ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᑎᒥᐅᔭᓂ ᐊᐱᕐᓯᑲᑦᑕᑕᕕᓃᑦ ᐃᓗᓃᒫᑫᕐᑲᑦᑕᓯᑎᓪᓗ. ᑖᒃᑯᐊ ᑲᑎᒪᓃᑦ ᓯᕐᕐᑯᐃᓯᒍᑎᕕᓃᑦ ᑲᑎᕐᓯᐃᓯᑎᒃ ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑎᓂᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᑕᑯᓐᓇᖕᒍᐊᕐᑕᖕᒐᓂ ᐃᓱᒪᒧᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅ ᖃᓄᐃᓕᖕᒐᒐᔭᕐᒪᖕᒫᑦ ᓯᕐᕗᓯᒪᐅᑎᒥᓰᖕᒥᓐᓂᒃ ᑭᖕᖕᒎᒪᓇᕐᓂᖕᒐᓂᒃ ᐋᕐᕐᑭᒋᐊᓇᐊᕐᑲᕐᓂᖕᒐᓂᓪᓗ ᐱᒍᑦᔨᕖᑦ.

- ᑖᑦᓯᒪ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖕᒐ ᓄᐃᑦᓯᓕᕐᓂᒥᔪᖅ ᐊᒥᓱᒐᓖᓂᒃ ᐃᒫᖕᒉᕈᑎᓂᒃ ᐋᕐᕐᑮᒥᐊᕈᑕᐅᒐᔭᕐᑐᓂᒃ ᐃᓱᒪᒧᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᒥᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ. ᐃᒫᖕᒉᕈᑎᓕᐊᕕᓃᑦ ᓯᕗᓪᓕᐅᔨᔪᑦ ᐃᓯᒫᓗᑎᕐᑲᕐᓂᒥᒃ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐊᑑᑎᔭᐅᒐᔭᕐᑐᒥᒃ ᖃᐅᔨᔭᐅᑎᑦᓯᒐᓯᐊᕐᓂᒥᒃ ᐱᒋᐊᕐᑎᓯᑦᑌᓕᓂᕐᒥᓗ ᑲᒪᕐᑲᑕᐅᓂᕐᒥᓗ ᐃᓱᒪᒧᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐊᒪᓗ ᐋᕐᕐᑮᒥᐊᕐᓂᒥᒃ ᐃᓱᒪᓐᓂᐊᒥᓂ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᓐᓂ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒪᓐᓂᓗ. ᑖᒃᑯᐊ ᑐᕗᓐᓇᑐᒥᒃ ᓯᕐᕗᓕᖕᒐᔪᑦ ᐱᕙᓪᓕᐊᔭᐅᓂᖕᒐᓂᒃ ᐃᓱᒪᓐᓂᐊᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓂᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ:
  - ᓴᐳᒻᒥᓗᓂ ᐱᕙᓪᓕᐊᔭᐅᓂᖕᒐᓂᒃ ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᓂᖕᒐᓂᓪᓗ ᐃᖕᒥᕐᑫᑎᑕᐅᔫᑉ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐊᑕᐅᑦᓯᑰᕐᑎᓯᔨᓄᑦ ᖃᓄᐃᖕᖕᒋᓯᐊᕐᓂᒧᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᓄᑦ;
  - ᓄᐃᑦᓯᓗᑎᒃ ᑲᒪᒋᐊᕐᖕᒐᑫᔭᕐᑐᓂᒃ ᐱᓇᓱᕐᑲᑎᒦᓂᒃ ᑐᓂᒪᔪᓂᒃ ᐃᓱᒪᒧᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ;
  - ᑲᔪᓯᔪᒥᒃ ᐱᒋᐅᕐᓴᑎᑦᓯᓂᖅ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐱᓇᓱᑦᑎᓂᒃ ᐅᑯᓇᓂ, ᐊᓯᖕᒥᑦ ᐱᒐᓗᐊᕐᒥᑎᓪᓗᒥᑦ, ᐅᐃᒪᓇᕐᓯᓯᒪᔪᖅᑲᓕᕐᒪᑦ ᑲᒪᒋᐊᒥᒃ ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᓂᖕᒐᓂᓪᓗ ᐱᕐᑯᑫᑦ ᓴᐳᒻᒥᔪᖅ ᑭᓇᑐᐃᓐᓇᑯᓐᓂᒃ ᐃᓱᒪᒥᒍᑦ ᐃᓱᕐᓇᖕᒥᑦᑐᓂᒃ ᐊᑦᑕᓇᕐᑐᒦᑦᑎᓯᓕᕐᑐᓂᒃ ᐃᒻᒥᓂᒃ ᐊᓯᒥᓂᓪᓗ;
  - ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᓂᖕᒥᓐᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂ ᒎᓕᖕᒐᔫᑉ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖕᒐᓂᒃ ᐃᓱᒪᒧᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐊᑐᕐᑕᐅᓂᖕᒥᓪᓗ ᖃᐅᔨᓴᐅᑏᑦ ᓄᐃᑦᓯᕙᓪᓕᐊᑭᑎᐅᓯᑦᓯᑎᓪᓗ ᓄᑖᓂᑦ ᐱᒍᑦᔨᓂᐅᒐᔭᕐᑐᓂᒃ.

ᐃᓕᒦᓂ ᐱᒋᐊᕐᑲᑦᑕᐅᑎᓃᑦ, ᓄᓕᐊᕐᓂᑯᑦ ᐊᑐᕐᓂᓗᓐᓃᑦ ᐊᕐᓀᓗ (ᐱᕐᑯᔭᑎᒍᑦ) ᖃᓄᐃᓕᖕᒐᓕᕐᓂᖕᒥᑦ

ᐱᒍᑦᔨᓃᑦ ᑲᔪᓯᑎᑦᓯᓕᐅᔪᔪᑦ ᑭᓇᑐᐃᓐᓇᑯᓐᓂ ᖃᐅᔨᕙᓪᓕᑎᑦᓯᒐᓯᐊᕐᓂᒥᒃ ᑐᕐᑫᒐᕐᑲᕐᓯᑎᒃ ᐃᓕᒦᓂ ᐱᒋᐊᕐᑲᑦᑕᐅᑎᓂᕐᒥ ᓄᓕᐊᕐᓂᑯᓪᓗ ᐊᑐᕐᓂᓗᓐᓂᒥ ᒥᑭᓕᐅᒥᕐᑯᐳᑦᓯᑎᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ. ᓴᐳᑦᔨᓕᐅᔪᓪᒥᔪᖅ ᐱᒍᑦᔨᕕᓐᓂᒃ ᓄᐃᑕᐅᒥᐊᓕᓐᓂᒃ ᐱᒋᐊᕐᑲᑦᑕᑕᐅᓯᒪᔪᓂᒃ ᓄᓕᐊᕐᓂᑯᓪᓗ ᐊᑐᕐᓂᓗᑕᐅᓯᒪᔪᓂᒃ ᐅᕐᑲᐅᓯᕐᒥᒃ ᓯᓕᓂᕗᔪᒥᒃ ᓄᐃᑦᓯᓯᑎᒃ ᐱᓇᓱᕐᑲᑎᒦᓕᖕᒐᓂᕐᒥᓄᑦ ᐊᑦᔨᒦᖕᒥᑐᐃᓪᓗ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᑎᒥᐅᔪᐃᑦ.

- ᐅᑦᑐᑫᐅᑎᐅᑎᓪᓗᒍ ᐊᓃᕐᑎᓯᓂᖅ ᓄᓇᒥᒃ ᐊᕐᓇᓂᒃ ᐱᒋᐊᕐᑲᑦᑕᑕᐅᕐᑲᑦᑐᕕᓂᕐᓂᒃ. ᓇᑯᕐᒦᒃ ᓴᐳᑦᔨᓕᐅᕐᒪᑕ ᐸᐅᑦᑐᑏᑦ ᐊᕐᓀᑦ ᑲᑎᒪᔨᖕᒥᑦ ᑳᓇᑕᒥ, ᐆᑦᑐᑫᐅᑎᐅᑎᓪᓗᒍ

ᓄᐃᑕᕕᓂᖅ ᓱᕐᕐᑯᐃᓯᒍᑕᐅᑦᓯᓂ ᑰᑦᔪᐊᒥᐅᑉ ᐊᕐᓇᖕᒥᑦ ᐱᒋᐊᖃᑦᑕᑕᐅᔪᕕᓃᑦ ᐃᓚᐅᑎᑕᐅᓐᓂᒪᑕ ᐅᓪᓗᓂ ᑕᓪᓕᒪᓂ, ᐊᓃᕐᑎᑕᐅᑦᓯᑎᒃ ᐊᖕᖕᒥᐊᖕᒥᔭᕐᑎᑕᕕᓃᑦ ᑲᑎᒪᓂᐊᕈᓯᑎᒍᑦ ᔫᓂ 2010-ᒥ. ᑲᑎᒪᓂᐊᕈᓰᑦ ᑐᕌᒐᖃᓚᐅᕐᑐᑦ ᓄᐃᑦᓯᕙᓪᓕᐊᓂᕐᒥᒃ ᓯᕗᓕᕐᑎᓴᕐᓂᒃ ᖃᓄᐃᖕᖕᒥᓯᐊᕐᓂᒥᓪᓗ ᐃᓗᕿᓯᑎᒍᑦ ᑰᕐᕿᓯᕐᑕᐅᓯᒪᔪᓂᒃ ᓯᕐᑫᑦᓯᒪᑦᓂᒃ (ᐃᒻᒥᒎᕐᑎᑐᑦ ᐅᖃᖃᑎᒌᓐᓂᑯᑦ, ᐃᖃᓘᔭᕐᑎᑕᐅᔪᑦ, ᒥᕐᓯᑎᑕᐅᔪᑦ, ᐅᓂᒃᑳᑐᐊᕐᑎᑕᐅᔪᑦ, ᐊᓯᖕᒥᓪᓗ).

- ᐱᕙᓪᓕᐊᔭᐅᓂᖕᒐ ᑰᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᒧᐊᓕᖕᒐᔪᖅ ᐃᓯᒪᒍᑦ ᐃᓅᖃᑎᒌᓐᓂᒧᐊᓕᖕᒐᐊᔪᓂᒃ ᐱᒍᑦᔨᓃᑦ ᓄᓕᐊᕐᓂᑯᑦ ᐊᑐᕐᓂᓗᑕᐅᓯᒪᔪᑦ. ᓴᐳᒻᒥᓂᖅ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᑎᑕᐅᔪᖅ ᑰᓐᓂᐊᕕᒻᒪᕇᓐᓂ ᑲᔪᓯᑎᑦᓯᒍᒫᕐᓂᐊᓗᑎᒃ ᐱᓇᓱᓐᓂᒥ ᑰᕐᕿᒐᔭᕐᓗᑎᒃ ᐃᓯᒪᒍᑦ ᐃᓅᖃᑎᒌᓐᓂᒧᐊᓕᖕᒐᔪᓂᓪᓗ ᑲᒪᒋᐊᖃᕐᓂᒥ ᒪᓕᑦᑕᐅᒋᐊᓕᓐᓂᒃ ᑐᑭᒧᐊᒍᑎᐅᒐᔭᕐᑐᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓅᖃᑎᒌᓂ ᑰᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᒧᐊᓕᖕᒐᔪᓂᒃ ᑲᒪᒋᐊᖃᕐᓂᒥᒃ ᒪᓕᑦᑕᐅᒋᐊᓕᓐᓂᒃ ᑰᕐᕿᒥᐊᕐᑕᐅᓯᒪᔪᓂᒃ ᐅᑭᐅᕐᑕᑐᒧᐊᖕᒐᓚᖕᒐᑎᓪᓗᒥᑦ. ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑦᓯᓃᑦ ᑐᕌᖕᒐᔪᑦ ᑰᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᒧᐊᓕᖕᒐᔪᖅ ᐃᓯᒪᒍᑦ ᐃᓅᖃᒌᓐᓂᒧᐊᖕᒐᔪᓂᓪᓗ ᐱᓇᓱᑦᑎᓂᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᓚᐅᕐᑐᑦ ᐊᒥᓲᖕᖕᒥᑐᓂᒃ ᓄᓇᓕᓐᓂ.

- ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐸᕐᓇᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᐊᐅᓚᑦᓴᓇᐊᕈᑕᐅᓚᖕᒐᓗᓂ ᓄᓇᕕᐅᑉ ᐅᓪᓗᖕᒐᓂ ᓄᖃᑎᑦᓯᕕᐅᓪᓚᓇᓚᖕᒐᑎᓪᓗᒍ ᐱᒋᐊᖃᑦᑕᐅᑎᓂᕐᒥᒃ (ᓅᕕᒻᐱᕆ 25, 2010). ᑖᓐᓇ ᖃᐅᔨᓴᐅᑎᑦᓯᓚᓯᐊᕐᓂᐅᓯᒪᔪᖅ ᐸᕐᓇᑕᐅᓯᒪᑦᓯᓂ ᐊᐅᓚᑦᓴᓇᐊᕈᑎᕕᓂᖅ ᐃᓚᖃᓚᐅᔪᔪᖅ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᑎᑦᓯᓂᕐᒥᒃ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐸᕐᓇᓯᑎᒃ ᐱᒋᐊᕐᑎᒍᒪᔭᕐᒥᓂᒃ. ᓯᓕᒥᐊᓪᓚᒃ, ᐅᓪᓗᐃᑦ ᓄᐃᑕᑎᑦᓯᔪᑦ ᐊᑦᔨᖕᒍᐊᓕᐊᕕᓂᕐᓂᒃ ᐅᕕᒐᕐᑐᓄᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᓄᑦ, ᑮᓇᐅᔭᖃᐅᑎᒎᕐᑕᐅᒍᓐᓇᑐᕐᓗ ᐊᓪᓚᓯᒪᔪᕐᑕᓕᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐅᒃᑯᐃᕈᑎᖃᕐᐱᒃ ᐊᓪᓚᓯᒪᔪᕐᑕᓕᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᒍᓐᓇᑐᓂᒃ ᑐᓂᔭᐅᓚᐅᔪᔪᖅ ᐃᓗᓐᓇᓕᒫᖕᒥᓐᓄᑦ ᐊᓪᓚᓯᒪᔪᕐᓂᐊᕕᒻᒥ ᐃᕐᓯᕕᐊᐱᓕᒫᓄᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ.

- ᑲᑎᒪᐅᑎᖃᕐᓂᖅ ᐱᑐᑦᓯᒪᐅᑎᔪᓂᒃ ᓄᓇᓕᑐᕐᑫᑦ ᐊᕐᓀᑦ ᕿᒫᕕᖕᒥᓐᓂᒃ ᑯᐯᒻᒥ. ᑕᓐᓇ ᑲᔪᓯᑎᑕᕕᓂᖅ ᐅᓪᓗᓂ ᑕᓪᓕᒪᓂ ᓯᑎᒻᐱᕆ 2010-ᒥ ᑰᑦᔪᐊᒥ. ᑐᕌᒐᖃᓚᐅᔪᔪᖅ ᐊᑕᐅᓯᖕᖕᒍᓕᐅᒥᒍᒪᑦᓯᑎᒃ ᖃᓂᓕᐅᒥᓗᑎᓪᓗ ᐃᓚᒌᓐᓂ ᐱᒋᐊᖃᑦᑕᐅᑎᓂᕐᒧᑦ ᑲᒪᔩᓂᒃ ᐱᑐᑦᓯᒪᐅᑎᔪᓂ ᐊᕐᓀᑦ ᕿᒫᕕᖕᒥᓐᓂᒃ, ᑖᒃᑯᐊᓗ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᕿᒫᕕᑦ ᐃᓚᒥᔭᐅᑦᓯᑎᒃ ᑖᒃᑯᓄᖕᒐ.

- ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᑲᑎᒪᓂᖅ ᐃᓚᒌᓐᓂ ᐱᒋᐊᖃᑦᑕᐅᑎᓂᕐᒧᑦ, ᓄᓕᐊᕐᓂᑯᑦ ᐊᑐᕐᓂᓗᓐᓂᓂ. ᓯᑎᒻᐱᕆ 2010-ᒥ, ᑲᑎᒪᓂᖃᓚᐅᔪᔪᑦ ᐊᒥᓯᒐᓛᑦ ᑎᒥᐅᔪᐃᑦ ᐃᓚᐅᑎᓪᓗᒥᑦ (ᑰᓐᓂᐊᕖᑦ, ᐊᕐᓀᑦ ᕿᒫᕕᖕᒥᑦ, ᐳᓖᓰᑦ, ᐅᕕᒐᕐᑐᐃᑦ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᓂᖕᒥᑦ, ᐊᕐᓀᑦ ᑲᑐᑦᔨᖃᑎᒌᓐᓂᖕᒥᑦ, ᐊᓯᖕᒥᓪᓗ) ᑐᕌᒐᖃᕐᓯᑎᒃ ᓯᖕᒍᓯᒪᐅᒥᑎᑦᓯᓂᕐᒥᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐱᓇᓱᖃᑎᒌᓂᒃ ᐅᖃᖃᑎᒋᑦᓯᑎᓪᓗ ᓯᓀᑦ ᓄᕐᖃᖕᒐᑎᑦᓯᒐᔭᕐᒪᖕᒫᑕ ᐊᐅᓚᑦᓴᓇᐊᕈᑕᐅᒪᔭᕐᑐᐃᓗ ᓄᓇᕕᒻᒥ.

- ᓯᖕᒍᓴᓂᖅ ᐱᔪᓐᓇᓂᖕᒥᓐᓂᒃ ᐊᕐᓀᑦ ᕿᒫᕕᖕᒥᑦᑕ. ᑲᑎᒪᓃᑦ ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑦᓯᓃᓪᓗ ᐊᑐᐃᓐᓇᕈᕐᑎᑕᐅᖃᑎᑕᓚᐅᔪᕋᑦ ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᔨᓄᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᓄᑦ ᐊᕐᓀᑦ ᕿᒫᕕᖕᒥᑦ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᓚᓯᐊᕐᓯᒥᑦ ᐱᑐᑦᓯᒪᐅᑎᓂᖕᒥᑦ ᐱᐅᓯᐅᒥᑎᓚᓯᐊᕐᓯᒥᓪᓗ ᐱᒍᑦᔨᓂᖕᒥᑦ.

ᐃᒻᒥᓂᕐᑭᖕᑲᔭᖕᒥᑐᑦ, ᐃᓄᑐᕐᖁᑦ ᐃᕕᕐᑎᓯᕕᓪᓗ

ᐊᓂᕐᕋᒥᓃᑦᑐᓂᒃ ᓄᓇᓕᖕᓃᑐᓂᓗ ᐃᒻᒥᓂᕐᑭᖕᑲᔭᖕᒥᑐᓂᒃ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᓂᖅ

- ᐊᓂᕐᕋᒥᓃᑦᑐᓂᒃ ᓄᓇᓕᖕᓃᑐᓂᓗ ᐃᒻᒥᓂᕐᑭᖕᑲᔭᖕᒥᑐᓂᒃ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᓂᖅ ᐱᒍᑦᔨᓃᑦ ᐊᑐᐃᖕᓇᐅᑎᑕᐅᓚᐅᕐᑐᖅ 573-ᓄᑦ ᐃᑲᔪᕐᑕᐅᒥᐊᓕᖕᓄᑦ.
- ᐊᒥᔫᓂᕐᓴᑦ ᑲᒪᒋᔭᐅᒥᐊᓖᑦ ᐅᑭᐅᕐᑲᓚᐅᕐᑐᑦ 26-ᒥᑦ 90-ᒧᑦ.
- ᑲᑎᑦᓯᑎᒃ ᐅᓄᕐᓂᖕᒥᑦ ᐃᑲᐅᕐᓂᑎᒧᑦ ᐱᒍᑦᔨᓃᑦ 18,203-ᕕᓃᑦ:
    - ᐃᑲᔪᕐᑕᐅᔪᑦ ᐃᓅᓯᕐᒥᓂ: 6,358 ᐃᑲᐅᕐᓃᑦ;
    - ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᒥ 2,347 ᐃᑲᐅᕐᓃᑦ;
    - ᑲᒪᒋᔭᐅᒥᐊᕐᑲᓚᐅᕐᑐᑦ 2,418 ᐃᑲᐅᕐᓃᑦ;
- 90-ᐳᓴᖕᒥᑦ ᐱᒍᑦᔨᓃᑦ ᐃᓚᕐᑲᓚᐅᕐᑐᑦ ᑲᔪᓯᔪᒥᒃ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᓂᕐᒥᒃ ᐊᑯᓂᖕᒍᓯᒍᓗ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᒥᐊᓖᑦ ᐃᑲᔪᕐᑕᐅᓗᑎᒃ.
- ᒪᕐᑮᒃ ᐃᓅᓕᑦᓯᕕᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒥ ᐊᓂᕐᕋᒥᓃᑦᑐᓂᒃ ᓄᓇᓕᖕᓃᑐᓂᓪᓗ ᐃᒻᒥᓂᕐᑭᖕᑲᔭᖕᒥᑐᓂᒃ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᔫᒃ ᐱᒋᐅᕐᓴᑎᑕᐅᓚᐅᕐᑰᒃ ᖃᐅᔨᓴᐅᑎᓕᐅᕆᐊᒥ ᑎᓯᒻᐱᕆ 2010-ᒥ ᒪᓐᑐᔨᐊᓪᒥ.
- ᐅᕐᓛᕙ ᑐᓚᑦᑕᕕᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᐅᑉ ᐊᓂᕐᕋᒥᓃᑦᑐᓂᒃ ᓄᓇᓕᖕᓃᑐᓂᓪᓗ ᐃᒻᒥᓂᕐᑭᖕᑲᔭᖕᒥᑐᓂᒃ ᐃᑲᔫᖅ ᓄᐃᑦᓯᓚᐅᕐᒥᔪᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᑐᓴᕈᒥᓇᕐᑐᒥᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᑲᑎᒪᓂᕐᑲᕐᓯᑎᒃ ᓄᓇᓕᑐᕐᖁᑦ ᐱᓇᓯᕐᑲᑎᒦᑐᑯᓪᓗ ᔫᓄᐊᕆ 2011-ᒧᑎᓪᓗᒍ. ᑲᑎᒪᐅᑕᐅᔪᑦ ᐃᓚᕐᑲᓚᐅᔪᔪᑦ: ᐊᓂᕐᕋᒥᓃᑦᑐᓂᒃ ᓄᓇᓕᖕᓃᑐᓂᓪᓗ ᐃᒻᒥᓂᕐᑭᖕᑲᔭᖕᒥᑐᓂᒃ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᔫᓂᒃ ᐱᒍᑦᔨᓃᑦ ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᔪᑦ ᐅᕐᓛᕙᐅᑉ ᓯᓈᓂ, ᐊᑐᓕᕐᑎᑕᐅᓂᖕᒐ ᐊᒥᓯᐃᓂᒃ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᐅᑎᓂᒃ ᓯᖕᑯᐃᓯᒍᑎᒃ ᐱᓇᓯᑎ, ᐃᑲᔪᕐᓯᒍᑏᑦ ᐃᓄᑐᕐᑲᕐᓂᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂᓪᓗ ᖃᐅᔨᑎᑦᓯᐅᑎᓂᒃ ᐸᕐᓀᓯᒪᔭᐅᔪᑦ ᐊᐅᓚᑦᔭᓇᐊᕈᑕᐅᒐᔭᕐᑎᓗᒥᑦ.

ᐃᓄᑐᕐᖁᑦ

- ᑲᑐᑦᔨᕐᑲᑎᕐᑲᕐᓗᑎᒃ ᐱᓇᓯᕐᑲᑎᒥᔫᓂᒃ ᐊᒥᓯᖕᒍᐸᓪᓕᐊᕐᑯᓗᒥᑦ ᐱᒍᑦᔨᓂᐅᔫᑦ ᐃᓄᑐᕐᑲᕐᓄᑦ (ᐊᑐᕐᑕᐅᓂᖕᒐ ᓴᓕᓂᐅᑉ ᐃᓄᑐᕐᑲᕐᓄᑦ ᐊᓂᕐᕋᖅ ᐳᕕᕐᓂᑐᒥ, ᐊᑯᓃᓚᖕᒐᔪᓄᑦ ᓯᑕᒣᑦ ᐃᓪᓖᑦ ᐊᑐᕐᑕᐅᒐᔭᕐᑎᓗᒥᑦ, ᐅᒃᑯᐃᓯᓂᖅ ᐊᒥᓯᐃᓂ ᐊᑐᕐᕕᓕᒻᒥᒃ ᐃᓪᓗᒥ ᑲᖕᒥᕐᓯᐊᓗᑦᔪᐊᒥ, ᓄᐃᑕᐅᕙᓪᓕᐊᓚᖕᒪᑎᓪᓗᒥᑦ ᐃᓄᑐᕐᖁᑦ ᐊᓂᕐᕋᖕᒥᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ).
- ᑲᑐᑦᔨᕐᑲᑎᕐᑲᕐᓗᑎᒃ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᕐᒥ ᐱᑐᑦᓯᒪᐅᑎᔪᓂᒃ, ᑲᑎᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᕙᒪᒃᑯᓂᑦ ᐊᓯᖕᒥᓐᓂᓗ ᐱᓇᓯᕐᑲᑎᒦᑦᑎᓂᒃ ᐅᓯᔩᑦ ᓄᓇᒃᑰᔪᑦ ᐊᑐᕐᑕᐅᓂᓇᔩᖕᒥᓐᓂᒃ, ᓄᐃᑦᓯᓗᑕ ᐱᓇᔩᑎᐅᓚᐅᕐᑐᒥᒃ ᖃᐅᔨᒪᐅᑎᐅᓗᓂ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓄᑐᕐᑲᕐᓂᒃ, ᐊᑐᐃᖕᓇᕿᕐᑎᓇᓂᖅ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᖃᐅᔨᑎᑦᓯᐅᑎᓂᒃ ᐸᕐᓀᓯᒪᔭᐅᔪᑦ ᐊᐅᓚᑦᔭᓇᐊᕈᑕᐅᒐᔭᕐᑎᓗᒥᑦ ᐃᓄᑐᕐᖁᑦ ᐱᓂᐊᕐᓂᓕᓇᔭᐅᓂᖕᒥᓐᓄᑦ ᐃᓕᖕᒪᔪᓂᒃ.
- ᑲᑐᑦᔨᕐᑲᑎᕐᑲᕐᓗᑕ *AQDR*-ᑯᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᕐᒥ ᐱᑐᑦᓯᒪᐅᑎᔪᓂᓪᓗ ᐋᖕᑭᒥᐊᕐᑲᑎᒥᓗᒥᑦ ᐱᓇᔩᑎᑦᓴᓂᒃ ᐱᒋᐅᕐᓴᑎᑦᓯᓂᕐᓂᓗ ᐊᑐᐃᖕᓇᕐᑲᕐᑎᓯᓂᒃᑯᑦ ᐅᐃᒪᓇᕐᑐᕐᑲᓕᕐᐸᑦ - ᐱᓗᑲᑦᑕᐅᔪᓂᒃ ᐊᑐᐃᖕᓇᕐᑲᕐᑎᓯᐅᑏᑦ (ᐱᒋᐊᕐᑎᓯᑦᑌᓕᓂᖅ, ᕿᒥᕐᕈᓂᖅ ᑲᒪᕐᑲᑕᐅᓂᕐᓗ ᐃᓄᑐᕐᖁᑦ ᐱᓗᑲᑦᑕᐅᓕᕐᓂᐸᑕ).

- ᐱᕆᐊᕐᑎᓯᓂᖅ ᑐᖕᓕᖓᓂᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐸᕐᓀᑕᐅᓯᒪᔪᓂᒃ ᐊᐅᓚᑦᓴᕆᐊᕈᑕᐅᒍᓐᓇᑐᓂᒃ ᖃᐅᔨᓵᓇᒍᑎᓂᒃ ᐃᓱᑐᕐᕋᑦ ᐱᓗᑲᑦᑕᐅᓂᖏᓐᓂᒃ. ᖁᓖᑦ ᓄᓇᓖᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐱᓇᓯᖃᑕᐅᓚᐅᖅᑐᑦ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐱᓇᓯᖃᑎᒦᑦᑐᓂᒃ ᐊᑐᐃᓐᓇᕈᐃᑦᓯᑎᑦᓗ ᓯᕿᑦᓯᔪᑎᑦᓴᓂᒃ ᐃᓱᑐᖅᑲᕐᓄᑦ, ᐃᓚᖏᓐᓄᑦ ᓄᓇᓕᓐᓃᑐᓄᑦᓗ ᔩᓂ 15, 2010-ᒥ.

ᐃᕕᕐᑎᓯᕕᒃ

- ᑲᑐᑦᔨᖃᑎᖃᕐᓗᑕ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᑐᑦᓯᒪᐅᑎᔪᓂᒃ ᓇᑦᓕᑳᓚᖓᔪᓂᒃ ᐱᓇᓯᖃᑎᒦᒪᔭᕐᑐᓂᒃ ᖃᐅᔨᒪᔪᑦᓚᖓᓐᓇ ᓄᐃᑦᓯᒪᔭᕐᓗᑎᒃ ᐅᑦᓗᒥᒧᑦ ᑎᑭᑎᐅᑎᓯᒪᔪᒥᒃ 2003-ᒥ ᖃᐅᔨᓴᐅᑎᖃᕐᓗᑎᒃ ᖃᐅᔨᓴᕐᓂᐅᓚᐅᕐᑐᕕᓂᐅᑉ ᐊᑦᔨᖓᓂᒃ ᐊᑎᓕᒻᒥᒃ ᑎᒥᒃᑯᑦ ᐃᓯᒪᒃᑯᓗ ᐃᓯᕐᓇᕐᒥᑦᑐᑦ ᑲᒃᑲᓛᑦ ᐃᓄᒻᒪᓃᑦᓗ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᖃᐅᔨᓴᕐᓂᖅ.
- ᑲᑐᑦᔨᖃᑎᖃᕐᓂᖅ ᑲᑎᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᕙᒪᖓᑕ ᐯᓇᑦᓯᕕᓕᓇᕕᖓᓐᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᑐᑦᓯᒪᐅᑎᔪᑦ ᐃᕕᕐᑎᓯᕕᓐᓂ ᐱᓇᓯᖃᑎᒦᑦᑐᓂᒃ ᐋᖅᕿᒥᐊᕐᑕᐅᓯᒪᔪᓂᒃ ᐊᑐᐃᓐᓇᖃᕐᑎᑕᐅᓂᖏᓐᓂᒃ ᑲᒃᑲᓛᑦ ᐱᐅᓯᕐᔩᑎᐅᖕᒥᑐᒃᑯᑦ ᑭᖕᔫᒪᑦᓯᔪᑦ ᐯᓇᑦᓯᕕᖓᓂ.

ᓄᓇᓕᓐᓂ ᑎᒥᐅᔪᐃᑦ

ᑕᕝᕙᓂ ᐊᕐᕌᒍᕐᒥ, ᑮᓇᐅᔭᖃᕐᑎᓯᒍᓐᓇᓚᐅᕐᑐᒍᑦ ᖁᓕᑦᓗ ᒪᕐᕈᓗ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᑎᒥᐅᔪᓂᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ. ᑮᓇᐅᔭᑦ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᑎᒥᐅᔪᓄᑦ ᑐᑭᖃᕐᐳᖅ ᓴᐳᒻᒥᔪᑎᐅᓚᖓᓗᑎᒃ ᐱᑐᑦᓯᒪᐅᑎᔪᓂ ᓄᐃᑕᒦᕐᑐᓂᒃ ᐱᓇᓲᑎᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᐅᓚᑦᓴᕆᐊᕐᑎᓯᓗᑎᒃ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᓄᓇᕕᒻᒥ. ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᐅᑕᐅᔫᑦ ᑎᒥᐅᔪᓂᒃ ᓈᒻᒪᓈᕐᓯᒪᔪᓂᑦᓗ ᓴᐳᒻᒥᒍᑕᐅᑦᓯᑎᒃ ᐃᒣᑦᑐᓄᑦ:

- ᓯᖅᑯᐃᓯᓗᑎᒃ ᖃᐅᔨᒥᐊᕐᑕᐅᖃᑦᑕᓚᖓᑎᑦᓗᒥᑦ ᑮᓇᐅᔭᑦ ᑎᒥᐅᔪᕐᓄᐊᖓᔪᑦ ᑐᖅᑲᑕᕐᐱᑯᑎᒍᑦ ᓴᐳᑦᔭᐅᓂᖕᒥᑦᑎᒍ ᐃᖕᒥᕐᕋᑎᑕᐅᔪᑦ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᑎᒥᐅᔪᓂ (SPCO) ᑲᔪᓯᑎᓗᒥᑦ ᑐᕌᓕᖕᒥᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ;
- ᐋᖅᑭᓯᐃᓗᑎᒃ ᖃᐅᔨᒪᐅᑎᐅᓚᔭᕐᑐᓂᒃ ᐊᐅᓚᑦᓯᔪᓯᐅᓚᖓᓂᓗ ᐊᕙᓗᓕᐅᓇᓗᑎᒃ; ᐊᑐᐃᓐᓇᕈᕐᑎᓗᑎᒃ ᒪᓕᒐᕐᓂᒃ ᐱᐅᓯᐅᒥᐊᓕᓐᓂᓗ ᔫᓯᒥᔭᕐᑲᕐᓗᑎᒃ ᑎᒥᖁᑎᑦᑕ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐱᑦᓗᑯᑦᑕᐅᒥᐊᓕᓐᓂᒃ;
- ᐱᔭᕆᐊᑭᑦᓕᑎᓇᓗᑎᒃ ᐱᑐᑦᓯᒪᐅᑎᔪᓂᒃ ᓄᐃᑕᒦᕐᑐᓂᒃ ᑎᒥᐅᔪᓂ ᑐᕌᓕᓐᓂᒃ ᑐᓴᕐᑎᓯᒥᐊᒥᒃ ᓯᓚᑦᑐᓴᔪᑎᓂᒃ ᐊᑦᔨᒦᒥᑦᓗ ᐱᑐᑦᓯᒪᐅᑎᓂᖕᒥᑦ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᓗᒥᑦ;
- ᓯᖅᑯᐃᓯᓗᑎᒃ ᓴᐳᒻᒥᓂᕐᒥᒃ ᓄᐃᑕᔪᓂᒃ ᑎᒥᐅᔪᓂᒃ ᑕᑯᒪᓯᐊᕐᓗᒥᑦ ᓯᕗᕐᓂᒥ ᐱᕙᓪᓕᐊᓂᑦᓴᓂᒃ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᑎᒥᐅᔪᓂᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᒪᓕᑦᓗᑎᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑭᖕᔫᒪᔭᖕᒥᓐᓂᒃ;
- ᓯᖅᑯᐃᓯᓗᑎᒃ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᓄᐃᑕᓂᖕᒥᓐᓂᒃ ᑭᐅᔪᓐᓇᓯᐊᕐᑐᑦ ᐊᑐᓂᑦ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒪᓈᓐᓂ ᐱᔭᕆᐊᑭᑦᓕᑎᖁᓗᒥᑦ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐊᐅᓚᑦᓴᕆᐊᕐᓂᐅᓚᖓᔪᓂᒃ ᐅᒃᑯᐃᓯᓕᕐᐸᑕ ᓄᑖᓂ ᑎᒥᐅᔪᓂᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ;
- ᑲᑐᑦᔨᖃᑎᖃᕐᓗᑎᒃ ᐊᑐᐃᓐᓇᕈᕐᑎᓇᓕᕐᐸᑕ ᐱᕆᐅᕐᓴᑎᑦᓯᓂᕐᓂᒃ ᓴᐳᒻᒥᓚᖓᔪᓂᒃ ᑎᒥᐅᔪᐃᑦ ᑲᑎᒪᔨᖕᒥᓐᓂᒃ ᐱᓇᓯᓐᓂᖕᒥᓐᓂ.

ᓄᓇᓕᓐᓂ ᑎᒥᐅᔪᐃᑦ 2010-2011-ᒥ ᑐᕌᓕᖕᒥᑦ

ᑎᒥᐅᔪᖅ	ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᖅ	ᓄᓇᓕᒃ	ᑐᕌᖓᖓ
ᑐᖕᖓᓯᕐᕕᒃ	ᐊᕐᓇᑦ ᕿᒫᕕᖓ	ᑰᑦᔪᐊᖅ	$602 092
ᐃᓂᑦᓯᐊᖅ	ᐊᕐᓇᑦ ᕿᒫᕕᖓ	ᓴᓪᓗᐃᑦ	$502 092
ᑐᖕᖓᕕᒃ	ᐊᕐᓇᑦ ᕿᒫᕕᖓ	ᑰᑦᔪᐊᕋᐱᒃ	$100 000
ᐊᔭᐱᕐᕕᒃ	ᐊᕐᓇᑦ ᕿᒫᕕᖓ	ᐃᓄᑦᔪᐊᖅ	$200 000
ᑐᓵᕈᐊᐱᒃ ᐃᓪᓗᖅ	ᐃᓄᑐᕐᑫᑦ ᐊᓂᕐᕋᖓ	ᑰᑦᔪᐊᖅ	$252 000
ᓴᓕᕕᒃ ᐃᓄᑐᕐᑫᑦ ᐊᓂᕐᕋᖓ	ᐃᓄᑐᕐᑫᑦ ᐊᓂᕐᕋᖓ	ᐳᕕᕐᓂᑐᖅ	$150 000
ᕿᓚᖕᖑᐊᓈᖅ	ᐃᓄᑐᕐᑫᑦ ᐊᓂᕐᕋᖓ	ᑲᖏᕐᓱᔪᐊᖅ	$150 000
ᐃᓱᐊᕐᓯᕕᒃ	ᓴᓗᐊᕐᓯᕕᒃ	ᑰᑦᔪᐊᖅ	$600 000
ᐅᖕᓛᕋ ᓄᓇᓕᖕᓂ ᐊᓂᕐᕋᖅ	ᐃᑉᐱᒍᓱᑦᑎᓛᑦ ᐊᓂᕐᕈᑦ	ᑰᑦᔪᐊᖅ	$300 000
ᐅᕙᑦᑎᓄᑦ ᓄᓇᓕᖕᓂ ᐊᓂᕐᕋᖅ	ᐃᑉᐱᒍᓱᑦᑎᓛᑦ ᐊᓂᕐᕈᑦ	ᐳᕕᕐᓂᑐᖅ	$100 000
ᓴᑐᕐᕖᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᐊᕐᓇᑦ ᑲᑐᑦᔨᖃᑎᒌᖓ ᓄᓇᕕᒻᒥ	ᐊᕐᓇᑦ ᑲᑐᑦᔨᖃᑎᒌᖓ	ᐃᓄᒃᔪᐊᖅ	$50 000
ᖃᔭᖅ ᐱᑐᑦᓯᒪᐅᑎᔪᑦ	ᐊᖑᑏᑦ ᑲᑐᑦᔨᖃᑎᒌᖓ	ᑰᑦᔪᐊᖅ	$126 000
		ᑲᑎᑦᓯᑎᒃ	**$3 132 184**

ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᓕᕆᓂᖅ ᑎᒥᒃᑯᓗ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅ

ᑖᒃᑯᐊ ᐱᓇᓱᕐᑲᑎᒌᑦᑐᑦ ᐅᑯᐊᒍᔪᑦ ᐃᒫᖕᒋᕐᑎ, ᐱᓇᓱᑦᑎ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᒧᑦ, ᑎᒥᒃᑯᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐊᒻᒪᓗ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᒧᓐᓗ ᐃᒫᖕᒋᕐᑎ (*DRAMU*).

ᒪᓕᑦᓯᑎᒃ ᑐᕐᑲᑕᕐᕕᑯᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᓯᕗᓪᓕᐅᔭᐅᒥᐊᕐᑲᕐᓯᒪᔪᓂᒃ, ᐱᓇᓱᕐᑲᑎᒌᑦᑐᑦ ᑎᓕᔭᐅᒪᐅᑎᕐᑲᕐᐳᑦ ᐸᕐᓇᓚᖓᓗᑎᒃ ᐊᑕᐅᓯᑦᑰᕐᑎᑕᐅᓂᖕᒪᓂᒃ ᐊᑐᐃᓐᓇᕐᑲᕐᑎᓯᓂᕐᓗ ᐃᖕᒥᕐᖁᑎᑕᐅᔪᓂᒃ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓂ ᑎᒥᒃᑯᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ, ᐱᓗᐊᕐᑐᖅ ᕐᑲᒪᒥᔭᐅᕐᕐᑳᓇᐊᓕᑦ ᐅᑦᑑᑎᒥᓗᒥᑦ ᐅᐃᒪᓇᕐᑐᑦ, ᐃᓗᓐᓈᒍᑦ, ᐱᓪᓗᑯᒥᐊᓖᑦ ᐱᓪᓗᑯᓗᑐᓇᐊᓖᑦ ᑲᒪᒥᔭᐅᒥᐊᕐᑲᕐᓯᑎᒃ (*RUIS*), ᐊᑭᖁᕐᑐᓂᕐᓗ ᐱᕈᐃᓐᓇᓯᒪᔪᓂᒃ.

ᐊᐅᓚᑦᔭᓇᐊᕖᑦ

1) ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᓕᕆᓂᕐᒥ:
   - ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᒥ ᐱᓇᓱᑦᑏᑦ ᐸᕐᓇᑕᐅᓯᒪᓂᖕᒥᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓂᑦᓚᑎᕐᑕᐅᓯᒪᓂᖕᒥᑦ ᕐᑲᐅᔨᒪᔪᓪᓚᓇᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᒥ ᐱᒍᑦᔨᓃᑦ:

2. ᑎᒥᒃᑯ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅ
   - ᑲᒪᒥᐊᕐᕐᑳᑎᑕᐅᓲᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᒥ ᐱᒍᑦᔨᓃᑦ
   - ᐊᑕᐅᓯᕐᖑᑎᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᐃᓚᓴᕐᕕᔪᐊᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᑐᑦᓯᒪᐅᑎᔪᑦ ᐊᑦᓯᒦᕐᒥᑐᐃᓪᓗ ᑲᑎᒪᓯᕐᒥᑦ;

- ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᒨᓕᖅᒐᔭᓂ ᓴᐳᒻᒥᓂᖅ ᐱᕋᓐᓂᐊᔭᐅᓂᕐᓂᖏᓐᓂᒃ ᐱᑦᓗᑯᒥᐊᓃᒃ ᐱᐅᒃᑐᑏᑦ;
- ᐊᑭᖃᕐᑐᓂᒃ ᐱᕈᐃᓐᓇᓯᒪᔭᓂᒃ;

3. ᐊᑦᔨᒦᖕᒥᑐᑦ ᑲᑎᒪᕕᐅᕖᑦ:
   - ᓴᐳᑦᔨᓂᖅ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐃᓗᓐᓈᑐᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᐅᑉ ᐱᒍᑦᔨᕖᖑᓐᓂᒃ, ᑲᑎᒪᔩᖕᒥᑦ ᐊᑕᐅᑦᓯᑰᕐᑎᓂᕐᒥᒃ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᒥ ᐃᓕᓴᕐᕕᔭᐊᒥᓪᓗ (*CCCAMU*), ᑯᐯᒻᒥ ᓄᓇᓕᓕᒫᓄᐊᖕᒐᔭᓂᒃ ᑲᑎᒪᔩᑦ, ᒪᑭᐊᓪ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐃᓗᓐᓈᑐᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᐅᑉ ᐱᒍᑦᔨᕕᐅᑉ ᑲᑎᒪᔩᖕᒥᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᑲᑎᒪᔩᑦ (RCMPS, ᑕᕐᕿᒥ-ᓯᕐᑭᓂᕐᒧᑦ ᐊᑕᐅᑦᓯᑰᕐᑎᓯᓃᑦ ᑲᑎᒪᔩᖕᒥᑦ, ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔭᓂᒃ ᐊᓪᓚᕕᒃ, ᐊᓯᖕᒥᓪᓗ);
4. ᖃᓄᑕᐅᔭᑎᒍᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅ
   - ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐊᑕᐅᑦᓯᑰᕐᑎᓯᓂᖅ ᖃᓄᑕᐅᔭᑎᒍᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓅᓕᕆᓂᕐᒥᓗ (*CvSSS*).

ᐱᓇᓯᖃᑎᒦᑦᑐᑦ ᓴᐳᒻᒥᔫᒧᒻᒥᔭᑦ ᒪᕐᖀᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒪᓅᓐᓂᒃ ᐃᑲᔫᒍᑦᓯᒥᓪᓗ ᐱᓇᓯᑦᑎᑖᕿᓯᐊᕐᓂᒥ ᐱᓇᓯᑦᑎᖃᑯᑖᕿᓯᐊᕐᓂᒥᓪᓗ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᓇᓯᑦᑎᓂᒃ.

ᐱᔭᕆᔭᐅᓯᒪᔭᑦ 2010-2011-ᒥ

ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᓕᕆᓂᕐᒥ

- ᓄᓇᕕᒃ ᑎᑭᑕᐅᓚᐅᕐᑐᖅ ᖁᓕᐅᖕᒥᒐᕐᑐᓄᑦ ᓄᑖᓄᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑎᒪᓇᓐᓄᑦ ᐊᕐᖁᒧᕐᒥ: ᓰᑕᒪᐅᔭᖕᒥᒐᕐᑐᐃᑦ ᐅᖕᓖᕋᐅᑉ ᓯᓈᓂ, ᓯᑕᒣᑦ ᐊᑕᔭᒥᒃ ᐱᓇᓯᒐᓃᑦ, ᒪᕐᖀᒃ ᐃᓗᐃᑦᑑᖕᒥᑦᑐᒥᒃ ᐱᓇᓯᑦᑐᑦ, ᒪᕐᖀᒃ ᐃᓗᐃᑦᑑᖕᒥᑦᑐᒥᒃ ᐱᓇᓯᑦᑐᑦ ᑕᓯᐅᔭᕐᔭᐊᒥ, ᑕᒪᓐᓇ ᑐᑭᖃᓚᐅᔭᔭᖅ ᐊᕐᖁᒧᕐᒥ ᑲᑎᑦᓯᑎᒃ ᐊᕙᑎᓪᓗ ᒪᕐᑭᓗᓐᓂ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑎᒪᓇᖃᓚᐅᕐᑐᒍᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ;
- ᓄᓇᕕᒃ ᐱᓇᓯᑦᑎᑖᓚᐅᕐᒥᔭᖅ ᒪᕐᖀᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑎᒻᒪᓅᓐᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᒨᐊᓕᖅᒐᔭᓂᒃ ᐱᓇᓯᖃᑎᒦᑦᑐᓄᑦ ᐅᑭᐊᑦᓴᖅᒐᓐᓂ 2011-ᒥ;
- ᓄᓇᕕᒃ ᐱᓇᓯᑦᑎᑖᓚᐅᕐᒥᔭᖅ ᐊᑕᐅᓯᕐᒥᒃ ᑳᓇᑕᒥᐅᒍᕐᖕᒥᑐᒥᒃ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑎᒪᓇᒻᒥᒃ ᑲᒪᒥᔭᐅᔭᒥᒃ ᑐᓚᑦᑕᕕᒻᒧᑦ;
- ᓄᓇᕕᒃ ᐊᖕᒥᕈᑎᖃᓚᐅᕐᒥᔭᖅ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᒥ ᐃᓕᓵᓂᒃ ᐊᐅᔭᒃᑯᑦ ᐱᓇᓯᓚᖕᒐᔭᓂᒃ ᐱᕕᑦᓴᖃᕐᑎᒍᒪᑦᓯᒥᑦ ᖃᐅᔨᒥᐅᓇᐊᒥᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥᒃ. ᑕᒪᓐᓇ ᐱᓇᓯᑦᑎᑖᕐᓂᒧᑦ ᐋᕐᕿᓯᒪᐅᓯᖅ ᓯᑦᓯᑐᐃᓯᒪᔭᖅ ᓇᓂ ᐱᓇᓯᕙᖃᓛᕐᒪᖕᒑᕐᒥᒃ.
- ᐊᕐᖁᒧ ᐃᓯᓕᑦᓯᒍ, ᓄᑖᓂᒃ ᐳᕐᑐᓂᕐᓴᑦ ᑲᑎᒪᔩᖕᒥᑦ ᓂᕈᐊᕐᑕᐅᓕᓚᐅᕐᒥᔭᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐃᓗᓐᓈᑐᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᒥ ᐱᒍᑦᔨᕕᒻᒥ ᓄᑖᒥᒃ ᐱᒥᐊᑦᓯᐊᑎᑦᓯᓚᖕᒐᔭᓂᒃ ᐱᓇᓯᖃᑎᒦᑦᑐᓄᑦ. ᑲᑎᒪᔩᑦ ᑐᓂᔨᓚᖕᒐᓕᕐᒥᔭᑦ ᐱᐅᓂᕐᐹᐅᒐᓯᐊᕐᑐᒥᒃ ᐊᐅᓚᑦᓯᒍᓯᕐᒥᒃ ᐊᑦᔨᒦᖕᒥᑐᓄᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐊᓪᓚᕐᑯᑎᓄᑦ ᑲᒪᒥᔭᐅᒥᐊᓕᓐᓄᑦ.

ᑎᒥᒃᑯᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅ

ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᒧᐊᖕᒐᔭᓂᒃ ᐱᓇᓯᖃᑎᒦᑦᑐᑦ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᐅᑎᖃᓚᐅᕐᑐᑦ ᐅᑯᓂᖓ:

- ᐃᓂᓪᓚᑎᑕᐅᓂᖓᓂᒃ ᑲᒪᖅᑲᑕᐅᒥᐊᕐᖓᑐᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᓯᓂᕐᓂᒃ ᐱᓇᓱᖅᑎᖅᑲᖅᓯᑎᓪᓗ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑎᒻᒪᕆᖕᓂᒃ;
- ᐊᑐᐃᓐᓇᖅᑲᖅᑎᓯᓂᖕ ᑲᔪᓯᑎᑦᓯᓂᕐᓗ ᓯᕗᓪᓕᕚᓂ, ᑐᖓᓕᖕᒥᓐᓂᒃ ᐱᖓᓚᔪᖕᒥᓐᓂᓗ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᓯᓂᕐᓂᒃ;
- ᓄᐃᑕᐅᕙᓪᓕᐊᓂᖕᒥᑦ ᐃᓕᑕᕐᓯᒪᓂᕐᓗ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᓂᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᓂᕐᒥ ᐱᓪᓗᑯᒥᐊᓖᓪᓗ ᖃᐅᔨᓴᕐᑕᐅᓂᖕᒥᓐᓂᒃ ᑎᒥᒻᒪᕆᓐᓄᑦ.

ᐊᓯᖕᒥᑦ ᑲᑎᒪᔨᐅᕖᑦ

- ᑲᑎᒪᔨᐅᕕᖕᓂ ᐃᓚᐅᒥᔭᐅᔪᑦ ᐊᑦᕈᒦᖕᒥᑐᓂᒃ ᓯᕐᖁᐃᓯᑎᑦᓯᒍᓐᓇᓯᒍᕗᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᓯᑎᒃ ᐱᕙᓪᓕᐊᔭᐅᓂᖕᒥᓐᓂᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᑐᖅᑲᑕᕐᕕᑯᓪᓗ ᐊᓪᓚᕐᑯᑎᖕᒥᓐᓂᒃ ᓴᐳᒻᒥᓯᑎᒃ ᓄᓇᕕᐅᑦ ᐱᒐᓯᐊᕐᑕᖕᒥᓐᓂᒃ.

ᖃᓇᑕᐅᔭᑎᒍᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖕ

ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓅᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᑐᕐᖃᑕᕐᐱᑯᑦ ᐃᓚᒥᔭᐅᓲᒍᕗᑦ ᑳᓇᑕᒥ ᖃᐅᔨᓴᕐᓂᒧᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᖃᓇᑕᐅᔭᑎᒍᑦ ᐊᕐᑯᑎᖅᑲᕐᓯᑎᒃ ᑮᓇᐅᔭᕐᑖᑎᑕᐅᓰᒍᑦᓯᓂᓗ ᑎᒥᐅᔪᒥ ᖃᓇᑕᐅᔭᑎᒍᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᓇᓱᓲᓂᑦ. ᑐᕐᖃᑕᕐᐱᑯᑦ ᑎᓕᕈᓯᒪᔪᑦ ᐊᑕᐅᓯᕐᖑᑎᑕᐅᓯᒪᔪᒥ ᐃᓕᓴᕐᕕᔪᐊᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᑐᑦᓯᒪᐅᑎᔪᓂᒃ ᐊᑐᐃᓐᓇᕈᕐᑎᕐᑯᑦᓯᒍ ᖃᓇᑕᐅᔭᑎᒍᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᓂᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ. ᑕᒪᓐᓇ ᐋᓐᓂᐊᓂᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᓇᓱᖅᑎᕇᑦᑐᓂ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐊᑕᐅᑦᓯᑰᕐᑎᓯᓂᖕ ᖃᓇᑕᐅᔭᑎᒍᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓅᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐊᑕᐅᑦᓯᑰᕐᑎᓯᑦᓯᑎᒃ ᐃᓚᒥᔭᐅᓲᑦ ᐅᑯᓇᓂ:

- ᐃᓂᓪᓚᑎᓇᓂᕐᒥᒃ ᐊᑕᐅᑦᓯᑰᕐᑎᓯᓂᕐᓗ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᓂ ᑲᑎᒪᒍᑕᐅᔪᓂᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ;
- ᑲᑎᒪᕕᐅᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᓂᒃ ᐊᑕᐅᑦᓯᑰᕐᑎᑕᐅᓂᖕᒥᑦ ᐊᒻᒪᓗᒥᐊᓪᓚᒃ ᑲᑎᒪᓂᕐᓂ ᑭᒻᒪᑐᕐᓯᑎᒃ ᓄᓇᕕᒻᒧᐊᖓᔪᓂ ᐊᑦᕈᒦᖕᒥᑐᓂᒃ ᐊᐅᓚᑕᐅᔪᓂᒃ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓯᑎᒃ (ᓇᓗᓀᕐᓗᒥᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᒧᐊᖓᔪᐃᑦ, ᐱᓪᓗᑯᒥᐊᓖᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᓃᑦ ᐊᓯᑦᕈᔭᐅᔪᑦ ᐃᓚᐅᑎᓪᓗᒥᑦ);
- ᐃᑉᐱᒍᓱᓐᓂᖕ ᐱᕙᓪᓕᐊᔪᓂᒃ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓯᑎᒃ ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᔪᓂᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᓱᑲᑦᑐᒥᓪᓗ ᓇᓗᓀᕐᓯᒍᓐᓇᓗᑎᒃ ᑎᑭᐅᑎᔭᐅᖕᖏᓗᐊᕐᑐᓂᒃ ᑐᓴᕐᑕᐅᑎᑕᐅᒥᐊᓕᓐᓂᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐊᑕᐅᑦᓯᑰᕐᑎᓯᓂᖕ ᖃᓇᑕᐅᔭᑎᒍᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓅᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᓂᒃ ᓯᕗᓕᕐᑎᒍᑦ ᐋᖅᑭᐊᕈᑎᑦᓴᑦ ᒪᓂᔭᐅᑦᓴᐅᑎᒥᒍᓐᓇᓂᐊᕐᒪᑕ.

ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ

ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᔨᐅᑉ ᐅᖃᐅᓯᑦᓴᖕᒥᑦ

ᐅᑯᐊ ᐊᑖᓂ ᐊᓪᓚᓯᒪᔪᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᒍᑎᐅᓗᐊᖖᒍᐊᖅᑲᑦᑕᓚᐅᕐᑐᑦ 2010-2011-ᒥ:

- ᑐᑭᓕᐅᕆᓂᖅ ᓄᓇᓕᓕᒫᑎᒍᑦ ᓯᓐᓂᑦ ᓯᕗᓪᓕᐅᔭᐅᒥᐊᖅᑲᕐᒪᖔᑕ ᓇᐅᓕᒫᓂᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᕕᐅᑉ ᐱᒍᑦᔨᕕᖓᓄᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᕆᐊᕈᑎᑦᓴᒫᖑᓗᑎᒃ, ᓄᓇᓕᓕᒫᑎᒍᑦ ᐋᖅᑭᓯᒪᐅᑎᑦᓴᐅᑉ ᐸᖅᓇᓯᒪᐅᑎᖓᓅᑦᑐᑦ ᒪᓕᓪᓗᒥᑦ. ᑖᒃᑯᐊ ᓯᕗᓪᓕᐅᔭᒥᐊᓃᑦ ᐅᑯᐊᖑᔪᑦ: ᐊᐅᓚᑦᓯᕆᐊᕈᑎᑦᓴᓕᐅᖅᓂᖅ ᐱᐊᒐᖅᓅᓕᖓᔪᓂᑦ, ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐯᖅᓯᕚᑦ ᐋᖅᑯᑎᒥᓗᒥᑦ; ᐃᓕᓐᓂᐊᕖᑦ/ᐃᓕᓭᖅᕖᑦ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕆᐊᖅᑲᖅᓂᖏᓄᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᕆᐊᕈᑎᑦᓴᑦ; ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐱᕝᕙᓕᐊᑎᑦᓯᓂᖅ; ᓄᓇᓕᓕᒪᓄᐊᖑᔪᒥᒃ ᓂᖅᑭᑦᓯᐊᓅᓕᖑᔪᓄᑦ ᒪᓕᒐᓕᐅᖅᓂᖅ;
- ᐊᑐᖅᓂᖅᑲᑦᓯᐊᓂᖅᓴᐅᓚᖓᔪᒥᒃ ᑫᓪᓚᑐᐃᒍᑎᑦᓴᓕᐅᖅᓂᖅ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᖅᓂᒥᒃ ᐃᓅᓯᖅᑲᕆᑎᑦᓴᓄᑦ, ᐱᓇᓱᐊᖅᑲᑎᒦᑦᑎᓗᒥᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᕗᑦ ᐊᓯᖕᒥᓪᓗ ᐱᓇᓱᑦᑏᑦ ᐊᑦᔨᒦᖖᒥᑐᓂᑦ ᑎᒥᐅᔪᓂᑦ ᐱᓯᒪᔪᑦ;
- ᐃᓕᓐᓂᐊᕖᑦ/ᐃᓕᓭᖅᕖᑦ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕆᐊᖅᑲᖅᓂᖕᒥᓐᓄᑦ ᐊᑐᖅᑐᓴᓕᐅᖅᓂᖅ;
- ᓄᓕᐊᖅᓂᑯᑦ ᐁᑦᑐᑑᑎᐅᓲᖅ ᑳᓄᕆᐊ ᐱᑕᖅᑲᖕᒥᓐᓇᓕᒫᖅᓂᖓ. ᐊᔪᐃᓐᓇᕿᓯᐊᕈᑎᒥᒐᓗᐊᕿᑦᑎᒍ, ᓄᓇᓕᓕᒫᑎᒍᑦ ᓄᓇᓖᑦ ᐃᓪᒥᒎᓈᖅᑎᑐᑎᒍᑦ, 2010-ᒥ ᐅᓄᖅᓂᐸᐅᓚᐅᔪᖅ ᓯᕗᐃᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᓄᓕᐊᖅᓂᑯᑦ ᐁᑦᑐᑑᑎᐅᒍᓐᓇᑐᒥᒃ ᐋᓐᓂᐊᒃᑖᖅᓯᒪᔪᑦ ᐊᐅᒃᑯᓗ ᐋᓐᓂᐊᒃᑖᖅᓯᒪᔪᑦ, ᓯᕗᐃᓯᒍᑎᐅᔪᖅ ᑕᒪᓐᓇ ᐁᑦᑐᑑᑎᐅᓂᖅ ᓄᖅᑲᕿᑕᖖᒥᒥᐊᖅ.

ᐋᓐᓂᐊᓯᖅᑎᒪᕆᒃ ᓯᐊᑉ ᑎᐅᕆ

ᐱᓇᓱᑦᑐᓕᕆᓂᖅ

2010-2011-ᒥ, ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓂᓕᕆᔩᑉ ᐱᓇᓱᒐᖓᓄᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᑳᕈᓐᓇᓯᓚᐅᕐᑐᒍᑦ.

ᒫᑦᔨ 31, 2011-ᖑᑎᓪᓗᒍ, ᒪᕐᕌᒃ ᐱᓇᓱᑳᖅ ᓱᓕ ᐃᓐᓄᑕᐅᓯᒪᕋᑕᓚᐅᖕᖏᑑᒃ:

- ᓄᓇᓕᓕᒫᑎᒍᑦ ᐊᔪᕐᑭᕆᐊᕐᑎ, ᐃᑯᓪᓚᑎᑦᓯᕆᐊᕐᓂᒧᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᒍᑎᓕᐅᕐᓂᒧᓪᓗ ᖃᓂᒪᓯᓂᕐᒥᒃ: ᐊᑕᐅᓯᕕᒪᓂ ᓴᕿᑕᐅᖃᑦᑕᓚᐅᔪᒪᓗᐊᕐᑎᓗᒍ ᐱᓇᓱᒪᐅᑉ ᒪᓂᔨᒍᑎᖓ, ᐱᒍᓐᓇᐅᑎᖃᑦᓯᐊᑐᒥᒃ ᓱᓕ ᑕᑯᖃᑕᖕᖏᑐᒍᑦ ᐱᓇᓱᒪᕐᒧᑦ;
- ᐊᕙᑎᓕᕆᓂᒃᑯᑦ-ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓂᓕᕆᔨ: ᐱᓇᓱᒪᐅᑉ ᒪᓂᔨᒍᑎᖓ ᓴᕿᑕᐅᓯᒪᔪᖅ ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᐱᒍᑦᔨᕕᖓᓄᑦ ᑲᓇᑕᒥ ᓱᓕ ᐱᒍᒪᔭᑦᑎᓂᒃ ᓄᐃᑦᓯᓚᐅᖕᖏᒥᒥᔪᖅ. ᐅᒣᒪᓗᐊᕐᑎᓗᒍ, ᒪᓂᔨᒍᑎᐅᑉ ᓴᕿᑕᐅᓂᖓᑕ ᑐᖓᓕᐅᒍᑎᖓ ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᐱᒍᑦᔨᕕᖓᓄᑦ ᑲᓇᑕᒥ ᐅᐱᕐᖓᓴᖓᓂ 2011 ᐱᓇᓱᑦᑎᑳᕈᑎᒥᓖᕈᕆᓇᐅᓕᕐᑕᕗᑦ ᐅᑭᐊᑦᓴᖓᓂ 2011.

ᓇᐅᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᖕᒥᑦ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᒥᐊᖃᕐᓂᖓ

ᑕᒻᒎᓇ ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᔪᓕᕚᓗᕐᑲᑦᑕᓚᐅᕐᑐᖅ.

ᖃᓂᒪᔫᑦ ᐁᑦᑐᑑᑎᐅᔫᑦ

ᔫᖁᐃᑕᐅᓯᒪᔪᑦ, ᐊᐅᒃᑯᑦ ᐋᓐᓂᐊᑖᕆᔭᐅᔫᖑᖕᖏᑐᑦ ᓄᓕᐊᕐᓂᖁᑦ ᐁᑦᑐᑑᑎᐅᒍᓐᓇᕋᑎᒃ 9ᓚᒍᕈᑯ0

- ᑮᓇᐅᔭᓕᕆᓂᐅᑉ ᐊᕐᖁᒍᓯᒪᓂᑦ (2009), ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ (DPH) ᔫᖁᐃᑕᐅᓯᒪᔪᓂᒃ ᑐᓂᔭᐅᑦᓯᓂ ᖃᓄᐃᓕᒥᐊᕈᑎᕐᑲᕐᑲᑦᑕᓚᐅᔪᖅ 44ᓂᒃ *MADO* ᖃᓂᒪᔪᕐᑖᕆᔭᐅᔪᕕᓂᕐᓂᒃ ᐊᐅᒃᑯᑦ ᐋᓐᓂᐊᑖᕆᔭᐅᔫᖑᖕᖏᑐᑦ ᓄᓕᐊᕐᓂᖁᑦ ᐁᑦᑐᑑᑎᐅᒍᓐᓇᕋᑎᒃ (ᐊᕐᖁᒎᑉ ᓯᕗᓂᐊᓂ 49 ᕖᓂᐅᑦᓯᑎᒃ). ᖁᓕᓪᓗ ᒪᕐᕈᓗ ᑳᑎᑦᓯᑎᒃ ᔫᖁᐃᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᐳᕋᓪᓗᓇᓖᑦ 2010-ᒥ (21 ᐳᕋᓪᓗᓇᓕᕖᑦ 2009-ᒥ). ᐱᓇᓱᐊᕐᓃᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᓂᕐᒥᒃ ᓴᐳᒻᒥᓯᒪᓂᕐᒥᓗ ᐱᓇᓱᑦᑎᓂᒃ ᐅᒃᑯᓇᓂ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐊᑦᑐᑕᐅᒪᔪᓂ ᑲᔪᓯᖕᒥᓐᓇᓕᒫᓚᐅᕐᑐᖅ.

ᓄᓕᐊᕐᓂᖁᑦ ᐋᓐᓂᐊᑖᕆᔭᐅᔫᑦ ᐊᐅᒃᑯᓗ ᖃᓂᒪᔪᕐᑖᕆᔭᐅᔫᑦ 9>+÷IᐅO

- ᖁᓕᓪᓗ ᒪᕐᕈᓗ ᑕᕐᕿᑦ ᐃᓗᐊᓂ ᐱᒥᐊᕐᓯᓂ ᔭᓄᐊᕆ 1-ᒥᑦ ᑏᓯᒻᐱᕆ 31, 2010-ᒧᑦ, 199 ᔫᖁᐃᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᑲᓄᕆᐊᑖᕐᓯᒪᔪᕖᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ, ᐅᓄᕐᓯᒥᐊᕐᓯᒪᔪᖅ 21-ᒧᑦ ᐊᕐᖁᒎᑉ ᓯᕗᓂᐊᓂᐅᓚᐅᔪᒥᓂᑦ. ᓄᓇᕕᒻᒥ ᔫᖁᐃᑕᐅᒍᑎᐅᕐᑲᑦᑕᓯᒪᔪᓕᒫᓂ ᑕᒪᓂ ᐊᕐᖁᒍᒥ ᐅᓄᕐᓂᐸᐅᒥᐅᓚᐅᕐᑐᑦ ᑲᓄᕆᐊᑖᕐᓯᒪᔪᑦ. ᔫᖁᐃᓯᒍᑎᐅᒥᐊᓪᓚᑐᖅ ᐁᑦᑐᑑᑎᐅᓂᖓ ᓄᕐᖃᓯᒪᖕᖏᒥᐊᖓ ᓄᓇᕕᒻᒥ, ᐅᓄᕐᓂᖕᒥᓪᓗ ᐅᓄᕐᓂᓴᐅᑦᓯᓂ ᓯᑕᒪᐅᔪᕐᑐᕖᓪᓗᐊᑐᒥᒃ ᔫᖁᐃᑕᐅᕐᑲᑦᑕᓯᒪᔪᑦ ᓴᓂᐊᓂᑦ 1996-ᒥᑦ 2005-ᒧᑦ ᐱᒥᐊᕐᕕᓕᐅᑎᐅᓯᒪᔪᖅ ᐁᑦᑐᑑᑎᐅᕙᓪᓕᐊᓕᕐᓂᖓᓄᑦ. ᑖᓐᓇ ᐋᓐᓂᐊᑖᕆᔭᐅᔪᖅ ᐱᓗᐊᕐᑐᒥ ᐁᑦᑐᑑᑎᐅᕐᑲᑦᑕᑐᖅ

ᐅᑭᐅᓕᖓᓂ 15-ᒥᑦ 29-ᒧᑦ. ᑭᒍᓂᐊᒍᑦ ᐊᕐᖁᒍᐃᑦ ᖃᑦᓰᑦ, ᓲᕐᖁᐃᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᑕᓯᐅᔭᕐᔪᐊᑉ ᓯᓈᓂ (62%) ᐅᓄᕐᓂᓴᓪᓚᕆᒃ ᐅᖓᕙᐅᑉ ᓴᓂᐊᓂ (38%).

- ᓄᓇᓕᓕᒫᑎᒍᑦ, ᖃᑦᓯᐅᓂᖅᒥᑦ ᑲᓕᒦᑎᐊ ᑐᕆᑭᒫᑎᑦ ᐋᓐᓂᐊᑖᕆᔭᐅᕐᖃᑦᑕᓂᖅᒪᑕ ᐅᓄᕐᓂᖅᒥᑦ ᐳᒃᑭᓕᓕᐅᒥᓯᒪᔪᕕᓃᑦ 2010-ᒥ 2009 ᐊᕐᖁᒍᖅᒪᑕ ᓴᓂᐊᓂ (229 ᓲᕐᖁᐃᑕᐅᔪᕕᓃᑦ 2010-ᒥ, 249 ᓲᕐᖁᐃᑕᐅᔪᕕᓃᑦ 2009-ᒥ). ᑌᒪᖁᓗᐊᕐᑎᓗᒍ, ᑲᓄᕆᐊᑖᕐᖃᑦᑕᑐᑦ ᑕᒫᓂ, ᐅᓄᕐᓂᓴᓪᒪᕆᒃ ᑯᐯᓕᒫᑉ ᓴᓂᐊᓂ.
- ᑌᒪᓕ, ᑭᓯᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᑯᐯᒃᒥ ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᔪᒧᑦ ᑲᒪᓇᓱᐊᒍᑎᒧᑦ ᐊᓴᐱᐅᑉ ᖁᐱᕐᕿᐊᕿᓯᖅᒪᓂᑦ ᐊᑯᓐᓂᖅᒥᓐᓂ ᔭᓄᐊᕆ 2002 ᔪᓗ 2009-ᒧ (ᐊᕐᖁᒍᐃᑦ ᓯᑕᒪᐅᔪᖅᖅᒥᒪᕐᑐᑦ ᐃᓗᐊᓂ), 10 ᐊᓴᐱᐅᑉ ᖁᐱᕐᕿᐊᕿᓯᖅᒪᓂᑦ ᐋᓐᓂᐊᑖᕐᓯᒪᔪ5 ᓲᕐᖁᐃᑕᐅᓯᒪᔪᑦ

ᐱᓇᓯᒋᕕᒥ ᖃᓄᐃᖅᖅᒥᓯᐊᕆᐊᖃᕐᓂᖅ

ᖃᓄᐃᕐᑯᓇᒥᑦ ᐃᓗᒥᑦᑐᑦ ᐊᓖᒪᑦᑎᓯᔪᓪᓘᓃᑦ ᐱᓇᓯᓐᓂᒥᒃ ᕿᑲᕐᑎᑕᐅᒥᐊᖃᕐᓂᖅᒥᑦ

- 2010-ᒥ ᐋᓐᓂᐊᓂᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐊᔪᕿᕐᒥᐊᕐᑎᑦᑐᑦ 105-ᓂᒃ ᕿᑲᕆᒪᐅᑎᓂᒃ ᐱᓇᓯᐊᕆᑎᖃᖃᑦᑕᓚᐅᔪᑦ ᐊᕐᓅᑦ ᐃᓗᒥᑦᑐᑦ ᐊᓖᒪᑦᑎᓯᔪᐃᓪᓘᓃᑦ ᕿᑲᕆᒪᐅᑎᖅᒥᓐᓂᒃ ᐱᓇᓯᓚᕐᒥᓂᒃ. ᐊᒥᓱᓂᕐᓴᑦ, ᕿᑲᕆᒪᐅᑏᑦ ᐱᔭᒪᓚᐅᔪᑦ ᐊᑦᔨᒦᖅᖅᒥᑐᓂᑦ ᐱᓇᓯᕕᓂ ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᓕᕆᓂᕐᒥᒃ (ᐯᕐᓯᕕᓐᓂ ᐱᓇᓯᑏᑦ, ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᔩᑦ), ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ (ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑏᑦ) ᓂᐅᕕᕐᓂᐊᕕᓐᓂ (ᓂᐅᕕᕐᓂᐊᑎᑦᓯᔩᑦ).

ᖃᓄᐃᖅᖅᒥᓯᐊᕐᑎᓯᒍᑎᑦᓴᑦ ᑐᕐᖁᖓᓗᐊᖅᖅᒍᐊᑐᑦ ᐅᔭᖁᓐᓂᐊᕕᓐᓄᑦ

- ᐊᑐᓕᕐᑎᑕᐅᓂᖅᒪ ᖃᓄᐃᖅᓯᐊᕿᑎᑦᓴᓅᓕᖅᒪᔪᖅ ᐅᔭᖁᓐᓂᐊᕕᓐᓂ ᐱᓇᓯᐊᕐᑕᐅᓲᖅ ᑲᔪᓯᓯᒪᓚᐅᕐᑐᖅ 2010-ᒥ. ᐊᑕᐅᓯᖅ ᐋᖏᓂᐊᓯᐅᕐᑎᒪᓕᒃ ᐊᑕᐅᓯᕐᒧ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑎ ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᐱᒍᑦᓯᕕᒻᒥ ᐱᓯᒪᔫᒃ ᖃᓄᐃᖅᖅᒥᓯᐊᕿᑎᑦᓴᓅᓕᖅᒪᔪᓂᒃ ᐊᕐᖁᓇᕐᑌᓕᒍᑎᑦᓴᓂᑦᓗ ᐱᓇᓯᐊᕐᑲᑦᑕᓚᐅᕐᔫᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᑕᒪᓐᓇ ᐱᒻᒪᕆᐅᒻᒪᑦ ᐱᓇᓯᐊᕐᕕᐅᓯᓂ ᐱᓇᓯᑎᕐᑲᕐᓯᓂ 650 ᐅᖓᑖᓃᑦᑐᓂᒃ. ᐱᓇᓯᐊᕐᑕᐅᒍᑎᐅᓗᐊᖅᖅᒍᐊᕐᑲᑦᑕᓚᐅᕐᑐᑦ ᐊᕐᖁᔫᑉ ᐃᓗᐊᓂ ᐅᑯᐊᖅᒍᔪᑦ:
  - ᖃᐅᔨᒪᐅᑎᑦᓴᑦ ᐊᑦᑕᓇᕐᑐᑦᖃᕈᓐᓇᓂᖅᒪᓂᒃ ᐱᓇᓯᕕᒥ;
  - ᖃᐅᔨᒪᐅᑎᑦᓴᑦ ᐅᔾᔨᕐᓂᐊᕝᒥ ᐱᓇᓯᑎᓄᑦ ᐱᑦᔪᑎᓖᑦ ᑎᒥᐅᑉ ᓲᕐᕿᑕᐅᒍᑎᒋᒍᓐᓇᑕᖅᒥᓐᓂᒃ ᑭᑭᐊᑦᓴᔭᕐᓄᑦ, ᑯᑦᓯᓴᔭᕐᓄᑦ, ᐊᓯᐊᓯᑕᓯᓄᑦ, ᓂᐱᓄᑦ, ᓂᐳᓯᕐᑐᐃᒍᑏᑦ ᐃᓯᖅᒥᓐᓄᑦ ᐱᓇᓯᕕᐅᓗ ᓄᐃᓯᒪᔭᖅᒥᑦ ᐊᑦᑕᓇᕐᑐᒦᑦᑌᓕᒍᑏᑦ ᐱᓇᓯᑏᑦ ᐃᓗᓯᖅᒥᑦ ᑎᒥᖅᒥᑦ ᖃᓄᐃᖅᖅᒥᓯᐊᕐᑯᒧᑦ;
  - ᐱᓇᓯᐊᕿᑦᓴᒥᒃ ᓄᐃᑦᓯᓂᖅ ᓇᐅᑦᓯᑐᐃᒍᑎᑦᓴᒥᒃ ᐱᓇᓯᐊᕐᕕᒥ ᐱᓇᓯᑏᑦ ᐃᓯᒪᒃᑯᑦ ᖃᓄᐃᖅᖅᒥᓯᐊᕿᓗᐊᕐᒪᖅᒫᑕ ᐱᓇᓯᐊᕐᑲᑎᒥᓗᒥᑦ ᑯᐯᒃᒥ ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᓯᕕᖅᒪ;
  - ᖃᐅᔨᒥᐊᕿᑎᖃᓕᐅᒥᔫᕐᓂᖅ ᐊᐅᓚᑦᔪᕆᐊᕿᑎᑦᓴᓕᐊᖅᒍᓯᒪᔪᑦ ᒪᓕᑦᑕᐅᓯᐊᕿᓗᐊᕐᒪᖅᒫᑕ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕿᑏᑦ ᐱᑕᖃᕐᓯᐊᕿᓗᐊᕐᒪᖅᒫᑕ ᐅᔾᔨᕐᓂᐊᕕᓐᓂ.

ᐱᓇᓯᕝᕕᒥ ᖃᓄᐃᙱᓯᐊᓇᐊᖅᑲᓂᖅ ᓄᓇᕕᐅᑉ ᑲᕙᒫᐱᒃᑯᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᕕᖕᒥᓐᓂ

- ᑲᕙᒫᐲᑦ ᐱᒍᑦᔭᐅᓂᖓ ᑲᔪᓯᔪᖅ ᑐᕌᕐᓂᖅᑲᕈᑎᐅᑦᓯᓂ ᐊᐅᓚᑦᔭᓇᐊᕈᑎᑦᓴᓂᒃ ᐃᑯᓪᓚᑎᑦᓯᒥᐊᕈᑎᑦᓴᓂᓪᓗ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᓇᐊᖅᑲᓂᒥᒃ ᐱᓇᓯᕝᕕᒥ. 2010-ᒧᑎᓪᓗᒍ' ᐱᓇᓱᐊᕐᕖᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᖁᓕᐅᖕᖏᒪᕐᑐᑦ ᑲᕙᒫᐱᖕᒥᓂᑦ (ᑲᕙᒫᐱᒃᑯᑦ ᓴᓇᕕᖕᒥᓂ, ᐃᑯᐊᓪᓚᑐᕐᓯᐅᑎᖅᑲᐅᑎᓂᑦ, ᓯᐊᕐᓇᔭᕐᕕᓂᑦ, ᕿᔪᓕᕆᕕᖕᓂ, ᑭᓈᓂᕐᓗᑯᕕᖅᑲᐅᑎᓂᑦ ᐃᒥᕐᑕᕕᖕᓂ, ᐳᕌᓯᖅᑲᐅᑎᓂᑦ, ᐊᓯᖏᓪᓗ) ᑎᑭᑕᐅᔭᕕᓂᐅᖅᑲᑦᑕᓚᐅᔭᑦ ᓇᐅᓕᒦᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔨᕕᐅᑉ ᐱᓇᓯᑦᑎᖏᓐᓄᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᑐᓄᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᕕᒥ ᖃᓄᐃᙱᓯᐊᓇᐊᖅᑲᓂᒎᓕᖓᔭᓂᒃ. ᑲᕙᒫᐱᒃᑯᑦ ᐱᓇᓯᑦᑎᖏᑦ ᐊᖓᔪᖅᑲᐅᑎᖏᓪᓗ ᐳᕌᓯᓪᓗ ᑐᑭᓯᑎᑕᐅᓯᒪᔭᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᕕᒥ ᐊᑦᑕᓇᕐᑐᒦᒍᑎᐅᒍᓐᓇᑐᓂᒃ (ᓂᐱᓄᑦ, ᓂᐳᓯᕐᑐᕈᑏᑦ ᐃᓯᖕᒥᓐᓄᑦ, ᑐᖅᑯᓐᓇᑐᓄᑦ, ᐊᓯᖏᓪᓗ) ᖃᓄᐃᓘᕐᓗᑎᓗ ᐃᑯᓪᓚᑎᑦᓯᒍᓐᓇᒪᖕᒫᓪᒥᒃ ᐊᑦᑕᓇᕐᑐᒨᓐᖏᒃᑯᑎᖅᑲᕐᓗᑎᒃ ᑕᒪᒃᑯᓇᖕᖓᑦ ᐱᔭᓂᒃ. ᓯᐳᓕᕐᑏᑦ ᑲᒪᔨᓪᓖᓪᓗ ᓇᐅᑦᓯᑐᐃᒍᑎᓄᑦ ᑐᓴᕐᑎᓯᒍᑎᓂᒃ ᑐᓂᔭᐅᓚᐅᔭᑦ ᕿᒥᕐᕈᔭᐅᒥᐊᕐᑐᑐᕕᓂᐅᑎᓪᓗᒥᑦ ᑲᕙᒫᐱᒃᑯᑦ ᐳᕌᓰᓪᓗ.

- ᓄᓇᕕᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᕝᕕᒥ ᐱᓇᓯᑦᑏᑦ ᖃᓄᐃᓕᒥᐊᕈᑎᖅᑲᖅᑲᑦᑕᓚᐅᔪᒻᒥᔭᑦ ᑐᑦᓯᕋᐅᑎᓕᐊᖑᓯᔭᓂᒃ ᐱᖓᓯᓂᒃ ᐊᕐᕌᒍᑉ ᐃᓗᐊᓂ, ᐱᓗᐊᕐᑐᒥ ᓄᓇᕕᒻᒦᑐᐃᑦ ᐱᓇᓯᕝᕖᑦ ᐊᓂᕐᓂᖅᑲᑦᓯᐊᓇᐊᖅᑲᓂᖓ.

ᐃᑯᓪᓚᑎᑦᓯᒥᐊᕈᑏᑦ

ᑲᐴᓇᓃᑦ

ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᓂᖅ

ᐊᕐᕌᒍᓕᒫᑲᓴᕐᓯᐊᒍᑦ ᐱᓇᓯᑦᑎᖅᑲᓚᐅᔪᖕᖏᓂᖓ ᐃᓗᓯᓕᕆᕕᒃ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑎᒥᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂᑦ ᐱᒍᑦᔨᔪᖅ ᐃᑯᓪᓚᑎᑦᓯᒥᐊᕐᓂᒎᓕᖓᔪᓄᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᓯᐊᕐᓂᒧᓪᓗ ᖃᓂᒪᓯᕐᑖᕈᑎᐅᒍᓇᑐᓄᑦ, ᐃᓕᓐᐊᓂᑎᑦᓯᓃᑦ ᐱᕕᑭᑦᔫᖅᑲᑦᑕᓚᐅᕐᑐᑦ. ᐅᒣᓚᓗᐊᕐᑎᓗᒍ, ᑲᔪᓯᓵᕐᑐᓴᐅᔪᑦ ᐋᖂᓂᐊᓯᐅᕐᑎᒃ ᐱᓇᓯᑦᑎᑖᓇᔭᐅᔪᕈᓂᐅᓕᕐᑎᓗᒍ ᐊᕐᕌᒎᓚᕐᑐᒥ.

ᐊᕐᕌᒍᑉ ᓇᓪᓕᐊᑕ ᐃᓗᐊᓂ ᖃᐅᕈᑎᑦᓯᒍᑏᑦ

- ᓇᓗᓇᖕᖏᒪᑦ ᓇᐅᓕᒦᑦᓯᐊᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᖃᓂᒪᓯᕐᑖᕈᓐᓇᒪᑕ ᐁᑦᑑᑎᐅᒍᓐᓇᑐᓂᒃ, ᑕᒪᓐᓇ ᐱᑦᔪᑎᒥᑦᓯᒍ ᑲᐴᓇᓃᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᑎᑕᐅᓕᕐᑐᑦ ᐊᕐᕌᒍᓄᑦ ᓯᑕᒪᓄᑦ ᓇᐅᓕᒫᓄᑦ ᐊᑭᖅᑲᕐᑎᓇᒥᑦ.

ᑲᐴᓇᓃᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᓐᓂ

- ᐊᑕᐅᓯᐅᕐᖏᑐᓂᑦ ᑲᐴᓇᒍᑎᓂᑦ ᐋᓐᓂᐊᑖᕐᑌᓕᒪᒍᑎᓄᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᓐᓂ ᐊᑑᑎᔭᐅᖅᑲᑦᑕᑐᖅᑲᓚᐅᔪᒻᒥᔭᖅ ᐊᕐᕌᒍᑉ ᐃᓗᐊᓂ: ᑎᖑᓪᓗᓇᕐᑐᓄᑦ ᐋ-ᒧᑦ ᐹᒧ-ᓪᓗ,

ᓄᓕᐊᕐᓂᑯᑦ ᐁᑦᑐᑑᑎᐅᒍᓐᓇᑐᓄᑦ (HPV), ᐊᐅᐸᓗᑦᑕᑳᓐᓇᑐᓄᑦ ᐊᒻᒪᓗ DTaP; ᐳᕐᑐᓂᕐᓴᒦᑦᑐᓄᑦ 3-ᒥ ᑳᐳᕐᑕᐅᕐᑲᑦᑕᓂᕐᒪᖑᑖ ᕿᐅᓯᒥᐊᕈᑎᐅᓯᒪᒻᒥᔪᖅ.

ᑳᐳᓇᓯᓂᒃ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᖅ

- ᐃᓗᓯᓕᓇᕕᒻᒥ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑎᒥᒃ ᐱᓇᓱᑦᑎᕐᑲᙱᓂᑯᖑᓄᑦ, ᐊᖏᕐᑲᑎᒦᒍᑎᒥᒃ ᐊᓂᒎᑎᑎᑦᓯᓚᐅᔪᒍᑦ ᓇᐅᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᓇᓴᐅᓂᖑᓄᑦ ᑐᑭᒍᐊᓇᕕᖑᓂᑦ ᑯᐯᒃ, ᒪᕐᑮᓂᒃ ᐅᓪᓘᑉ ᕿᑎᕐᕐᑲᖑᓂᑦ ᐱᓇᓱᑦᓯᑎᒃ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑏᓂᒃ ᐱᒍᑦᓴᓴᕐᑲᕈᓐᓇᓚᐅᕐᑐᒍᑦ ᖃᓄᐃᓕᒥᐊᕈᑎᕐᑲᕐᓂᐊᑎᓪᓗᒥᑦ ᓄᐹᓐᓇᐅᑉ ᐁᑦᑐᑑᑎᐅᓂᖑᓄᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ.

- 2010-2011-ᒥ, ᐱᓇᓱᐊᕈᑎᕐᑲᓯᓚᐅᔪᒍᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᓄᑦ ᑳᐳᑎᓂᒃ ᑲᑎᕐᓱᐃᕕᒻᒥᒃ, ᐅᓪᓗᒥᒎᑦ ᑎᑭᑦᓱᒍ, ᑲᔪᓯᑦᓯᐊᓂᖓ ᓇᓗᓇᖕᖏᑐᖅ ᓈᒻᒪᒥᓴᑦᓯᐊᓱᓂᓗ.

ᖃᓂᒻᒪᓯᕐᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒥ ᐱᓯᒪᔪᓂᒃ ᖃᓂᒻᒪᒋᓕᒍᑎᑦᓴᑦ

ᐃᓗᓯᓕᓇᕕᒃ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑎᒥᒃ ᐱᓇᓱᑦᑎᕐᑲᕐᕕᒪᑦ ᐃᑯᓪᓚᑎᑦᓯᒥᐊᕈᑎᑦᓴᓂᒃ ᖃᓂᒻᒪᒋᓕᒍᑎᑦᓴᓂᓪᓗ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒥ ᐱᓯᒪᔪᓂᒃ ᖃᓂᒻᒪᓯᕐᓅᓕᖑᔪᓂᒃ ᐱᓇᓱᑦᑐᒥᒃ, ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᒥᐊᓪᓚᕈᓐᓇᓚᐅᖕᖏᑐᖅ ᑕᒪᓐᓇ ᐱᓪᓗᒍ ᐊᕐᖁᒐ ᐃᓗᐊᓂ 2010-2011-ᒥ. ᐅᕙᖓᓗᕐᑎᓗᒍ, ᐊᐅᓚᑦᓴᓇᐊᕈᑎᕐᑲᕈᓐᓇᓚᐅᕐᑐᒍᑦ ᐅᐃᒪᓇᕐᑐᒥᒃ ᑐᑦᓯᖁᐅᑎᐅᓯᒪᔪᓄᑦ ᑕᒡᒐᓄᑦ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒪᓅᓐᓄᑦ. ᐃᓂᓪᓚᓯᐊᑖᓕᕐᓂᖓ ᑕᒪᓐᓇ 2011-2012-ᒥ ᓂᓇᐅᓐᓇᓯᐊᕐᑐᖅ. ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ ᖃᓂᒻᒪᓯᕐᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒥ ᐱᓯᒪᔪᓂᒃ ᖃᓂᒻᒪᒋᓕᒍᑎᑦᓴᓄᐊᖑᔪᒍᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᖏᑦ ᑲᔪᓯᑖᕐᑐᓴᐅᕗᖅ.

ᖃᓂᒻᒪᒋᓕᒍᑎᑦᓴᑦ ᐲᕐᓯᕕᓐᓂ

ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᔪᖅ ᕿᓪᓚᑐᐃᒍᑎᐅᑦᓯᓂ ᐃᕐᕈᑐᑦᓯᐊᕐᑲᑦᑕᓇᐊᕐᑲᕐᓂᒥᒃ ᓄᓇᕕᐅ ᑉᐯᕐᓯᕕᖏᓐᓂ ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᓂᖓ ᑲᔪᓯᑦᓯᐊᓚᐅᔪᖅ. ᑲᓇᑕᐅᑉ ᐱᒍᑦᓴᕕᖓ ᐱᐊᓘᑦ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᓇᐊᕐᑲᕐᓂᖏᓐᓄᑦ ᐊᓪᓚᓯᒪᔪᖏᑦ ᐊᑐᕐᑕᐅᓯᑎᒃ ᐊᑐᓕᕐᑎᑕᐅᓯᒪᔫᑦ ᐯᕐᓯᕕᓐᓂ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐅᕐᑲᐅᓯᐅᓪᓗ ᐁᑉᐹᓅᓴᕐᑕᐅᓯᒪᑦᓯᑎᒃ ᐅᕐᑲᐅᓯᕐᓄᑦ ᐊᑐᕐᑕᐅᔪᓄᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ (ᐃᓄᒃᑎᑐᑦ, ᖃᓪᓗᓈᕐᑎᑐᑦ ᒍᐃᒍᐃᑎᑐᓪᓗ). ᓯᑯᑦᓴᓴᕐᑯᑎᓕᒫᑦ (ᐊᑭᓐᓇᒥᐅᑌᑦ ᐊᑐᐊᒐᕐᓗ) ᐯᕐᓯᕕᓐᓅᓴᕐᑕᐅᑖᕐᑐᑦ ᐊᕐᖁᒥ ᕿᑐᒥ.

ᑐᐹᑭᑦᑌᓂᕐᒧᑦ ᕿᓪᓚᐃᑐᒍᑏᑦ

ᑲᓇᑕᒥ ᑐᑭᐹᑭᑦᑌᓂᕐᒧᑦ ᐱᓇᓱᐊᕈᓯᖑᓂᑦ, ᐊᕐᖁᒍᑕᒫᑦ ᐊᑑᑎᓰᕐ ᓴᓄᐊᓇᐅᑎᓪᓗᒍ ᐊᑑᑎᓕᓚᐅᔪᒥᔪᖅ. ᐃᓕᓐᓂᐊᕖᑦ ᐃᓚᖏᑦ ᐋᓐᓂᐊᕕᓪᓗ ᐱᓂᐊᕐᓂᕐᑲᕐᑎᓯᕐᑲᑦᑕᓚᐅᔪᑦ ᑐᐹᑭᑦᑌᓕᓯᐊᕈᑎᑦᓴᓂᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᓐᓂ ᐋᑐᑎᑦᓯᕐᑲᑦᑕᐅᔪᑦ ᑐᑭᓯᓂᐊᕐᐱᓴᕐᓂᓗ ᓲᕐᑲᕐᓯᑎᒃ ᑐᐹᑭᐅᑉ ᐊᑦᑕᓇᕐᓂᖓᓅᓕᖑᔪᓂᒃ ᑐᑭᓯᒪᐅᑎᑦᓴᓂᒃ ᐊᓪᓚᕐᑯᑎᕐᑲᕐᓯᑎᒃ. ᕿᓇᐅᓴᕐᑲᕐᑎᓯᓚᐅᔫᒥᔪᒍᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᑦᓴᓕᐊᖑᒍᓯᒪᔪᒍᑦ ᐊᑕᐅᓯᕐᒍᑦ ᓄᓇᓕᐅᔪᒍᑦ.

ᐃᕕᐊᖏᑎᒍᑦ ᐋᕐᕿᑕᐅᕐᕐᑲᓴᖕᖏᑐᖅᑲᕐᒪᖑᑖ ᑕᕐᕿᑐᕐᓂᖅ

ᐊᐅᓚᖅᑲᔪᙱᑦᑕᕗᑦ ᐱᑦᔪᑎᐅᑎᓪᓗᒍ (ᖃᓇᑕᐅᔭᒨᕋᓂᖅ ᐊᑦᔭᑲᑦᑕᑕᐅᓖᓂᒃ ᖃᐅᔨᓴᐅᑎᓂᒃ, ᐃᓕᓂᐊᑎᑦᓯᓂᖅ ᐱᓇᓱᑦᑎᓂᒃ, ᐊᓯᖏᓪᓗ.), ᐃᕕᐊᖏᑎᒍᑦ ᐋᖅᑭᑕᐅᖅᑲᔪᙱᑐᖅᑲᓚᖓᓖᑦ ᑕᕐᕋᑐᕐᓃᑦ ᐊᑑᑎᖅᑲᔭᓚᐅᔪᙱᑦᑐᑦ 2010-2011 ᐊᕐᕌᒍᖓᓂᑦ. ᑕᕐᕋᑐᕐᓃᑦ ᑲᔪᓯᓛᕐᓂᖓ ᓂᕆᐅᒥᔭᐅᔪᖅ 2011-2012-ᒥ.

ᖃᐅᔨᓴᕐᓂᖅ ᐊᐅᒃᑯᑦ ᐱᑕᑦᓴᖅᑲᓗᐊᕐᑐᑦ ᐃᔨᖏᑦ ᓱᕐᕋᑕᐅᒪᓂᕐᒪᖔᑕ

ᐊᐅᒃᑯᑦ ᐱᑕᑦᓴᖅᑲᓗᐊᕐᑐᑦ ᖃᐅᔨᓴᕐᑕᐅᑎᑕᐅᓯᑦ ᐃᔨᖏᑦ ᓱᕐᕋᑕᐅᓚᕐᕿᓯᒪᓂᕐᒪᖔᑕ, ᐆᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑕᐅᑎᑦᓯᑲᐱᒍᓐᓇᑐᖅ ᐃᔩᑦ ᑕᑉᐱᑑᓂᖓ ᑕᑯᓐᓇᓯᐊᕐᓂᖓᓗ ᓱᕐᕋᑕᐅᑦᓚᓇᐊᓗᓚᐅᕐᑎᓇᒍ. 2010-2011-ᒥ, ᓄᓇᕕᒻᒥ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐅᐸᑦᑕᐅᓚᐅᔪᑦ ᐊᐅᐸᓗᒃ, ᖁᐊᕐᑕᖅ, ᐃᕗᔨᕕᒃ ᐊᑯᓕᕝᓗ ᐅᐸᑦᑕᐅᖏᑦᑐᑑᑎᓪᓗᒥᑦ, ᐊᐅᒃᑯᑦ ᐱᑕᑦᓴᖅᑲᓗᐊᕐᑐᑦ ᐃᑭᑦᑐᐸᐅᔫᓘᒻᒪᑕ ᑖᒃᑯᓇᓂ ᓄᓇᓕᖕᓂ ᖃᐅᔨᒪᔭᐅᔪᑎᒍᑦ. ᑕᓯᐅᔭᓕᐊᖅᑲᔭᓚᐅᔪᙱᑦᑐᑦ ᓯᓚ ᐱᑦᔪᑎᐅᑎᓪᓗᒍ.

ᑲᑎᑦᓯᑎᒃ, 219 ᐃᓄᐃᑦ ᐊᐅᒃᑯᑦ ᐱᑕᑦᓴᖅᑲᓗᐊᕐᑐᑦ ᖃᐅᔨᓴᕐᑕᐅᓚᐅᔪᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂᑦ ᑲᑎᓕᒫᓕᕋᒥᒃ 296-ᖑᑎᓪᓗᒥᑦ ᐊᐅᒃᑯᑦ ᐱᑕᑦᓴᖅᑲᓗᐊᕐᑐᑦ (74%-ᖏᑦ ᖃᐅᔨᓴᕐᑕᐅᓯᒪᔪᑦ)

ᓄᓕᐊᕐᓂᑯᑦ ᐁᑦᑐᑑᑎᐅᓰᑦ ᐊᐅᒃᑯᓗ ᐁᑦᑐᑑᑎᐅᓰᑦ ᐃᒻᒪᓇᕐᑐᑦ

ᑳᓄᓇᐊ ᓄᓕᐊᕐᓂᑯᑦ ᐁᑦᑐᑑᑎᐅᓰᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐱᑕᓕᐸᐅᔫᓗᓂᑯᖓᓄᑦ, ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ ᐹᓇᐅᔭᖅᑲᕐᑎᓯᓚᐅᔪᖅ ᐃᓅᓕᑦᓯᕕᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᖓᓂᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑎᒥᒃ ᖃᐅᑖᓕᕐᓯᐅᑎᐅᓂᐊᕐᑐᒥᒃ ᐱᓇᓯᑦᑎᑖᕿᑎᑦᓴᓄᑦ ᓯᕕᑐᓂᓕᒻᒥᒃ ᑕᖅᑭᓄᑦ ᐱᖓᓲᔪᕐᑐᓄᑦ. ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑎ ᑎᓕᔭᐅᒪᐅᑎᖅᑲᓪᓚᓇᑦᓯᓂ ᑳᓄᐊᓇᐊᑖᕐᓯᒪᔪᓂᒃ ᖃᐅᔨᒥᐊᕐᕕᖅᑲᓕᐅᒥᔫᕐᓂᑯᑦ ᐁᑦᑐᑑᑎᖅᑲᑎᒦᑦᑐᓂᓪᓗ ᕿᓂᕐᓂᑯᑦ.

ᐅᑯᐊ ᐊᑦᔨᕖᖏᑦᑐᑦ ᐃᑯᓪᓚᑎᑦᓯᒥᐊᕋᓯᐊᕐᓂᒧᑦ ᐋᓐᓂᐊᑖᕐᑌᓕᒪᒍᑎᑦᓴᓄᓪᓗ ᐱᓂᐊᕐᓂᖅᑲᕐᑎᓯᒍᑎᐅᖅᑲᑦᑕᓚᐅᔪᑦ:

- ᐅᓰ ᑑᖏᓐᓂᒃ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᑎᑦᓯᓂᖅ ᐱᓇᓯᐤᕕᓂ (ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᓐᓂ, ᓂᐅᕕᕐᓂᐊᕕᓐᓂ, ᐋᓐᓂᐊᕕᓐᓂ, ᐊᓯᖏᓐᓂᓗ.);
- ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑦᓯᓂᖅ/ᑲᑎᒪᓂᖅᑲᕐᑎᓯᓂᖅ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐱᓇᓯᑦᑎᓂᒃ (ᐱᓗᐊᕐᑐᒥ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑏᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᑎᑕᐅᓂᖏᑦ *INSPQ*-ᑯᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᑎᓪᓗᒥᑦ);
- ᖃᐅᔨᓴᕿᑏᑦ ᒪᓕᒐᖏᓐᓂᒃ ᐊᓯᑦᔨᑐᐃᓂᖅ, ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᓇᓂᕐᒧᑦ ᑐᑭᒧᐊᑎᖏᓐᓂᒃ ᐊᓯᑦᔨᑐᐃᓂᖅ, ᐱᓇᓯᑦᑎᓂᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᓂᖅ, ᐃᒻᒥᒨᓈᕐᑎᑐᑦ ᓄᓇᓖᓪᓗ ᑐᕌᕐᓂᓕᐊᖑᑎᑕᐅᓂᖏᑦ (ᐱᓇᓯᐊᖅᑲᑎᒥᑦᓯᒥᑦ *INSPQ* ᐊᒻᒪᓗ ᑕᒪᕐᒥᒃ ᐋᓐᓂᐊᕖᒃ);
- ᐅᓪᓗᖅᑲᕐᑎᓯᓃᑦ ᐱᓇᓯᐊᕿᓯᖅᑲᕐᑎᓯᓃᓪᓘᓃᑦ (ᐊᓴᐱᒨᓕᖓᔪᓄᑦ, ᖃᓄᐃᙱᓯᐊᕐᓂᒦᓪᓗᓂ ᐁᑉᐸᓈᓐᓂᒨᓕᖓᔪᓄᑦ, ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᖃᐅᔨᑎᑦᓯᒍᑎᒥᒃ ᐊᓪᓚᖑᐊᓕᐅᑎᑎᑕᐅᓂᖓ ᖃᓄᐃᙱᓯᐊᕐᓂᒦᓪᓘᓂ ᐁᑉᐸᓈᓐᓂᒨᓕᖓᔪᓄᑦ, ᖃᐅᔨᒥᐊᕐᕕᒥᒃ ᓵᖅᑲᕐᑎᓯᓂᖅ ᓄᓕᐊᕐᓂᑯᑦ ᖃᓄᐃᙱᓯᐊᕐᓂᒨᓕᖓᔪᓄᑦ, ᐊᓯᖏᓪᓗ)
- ᐊᓴᐱᐅᑉ ᖁᐱᕐᕿᐊᕿᓯᖓᓅᓕᖓᔪᓄᑦ ᖃᐅᔨᑎᑦᓯᒍᑏᑦ ᐅᕕᒃᑲᓄᑦ ᑐᕌᖓᔪᑦ (ᐃᓄᑐᐃᓐᓇᐅᓯᓂ ᐊᓴᐱᐅᑉ ᖁᐱᕐᕿᐊᕿᓯᖓᓄᑦ ᖁᐱᖅᑭᓯᒪᔪᖅ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᓐᓄᑦ ᐳᓚᕋᑲᑦᑕᓚᐅᔪᖅ 2010-2011-ᒥ);
- ᐳᕕᕐᓂᑐᒥ ᑲᑎᒪᓂᐊᕿᓯᖅᑲᕐᑎᓯᓂᖅ ᐅᕕᒃᑲᓂᒃ ᓯᓇᑐᐃᓐᓀᑦ ᑕᑯᒥᓇᕐᑐᑦ ᐊᑐᕐᓯᒥᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᒍᑎᐅᑦᓯᑎᒃ ᓯᕗᓕᕐᓂᒥᒃ);
- ᐊᓯᖏᑦ

ᓄᓕᐊᕐᓂᑯᑦ ᖃᓄᐃᙱᓯᐊᕐᓂᒨᓕᖓᔪᓄᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᒍᑏᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᑎᐅᓯᒪᔪᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᓐᓂ ᐱᖓᓲᔪᕐᑐᓂᑦ 2010-2011 ᐃᓕᓐᓂᐊᓇᐅᑉ ᐊᕐᕌᒍᖓᓂᑦ, ᐊᓯᖏᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᕖᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᒍᑎᓕᐊᖑᓯᒪᔫᑉ ᐃᓚᖏᓐᓂ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᒍᑎᖅᑲᕐᓯᒪᑎᓪᓗᒥᑦ. ᑲᑎᕕᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᓕᓇᓂᖅ ᐸᕐᓀᓯᒪᔪᖅ ᐃᓕᓐᓂᐊᓇᐅᑉ ᐊᕐᕌᒍᓇᓛᕐᑕᖓᓂᒃ ᐊᑐᓕᕐᑎᓯᓛᕐᓂᒥᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᒍᑎᓂᒃ. ᐱᒍᑦᔨᕕᑎᒍᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑎᒥᒃ

ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᒍᑕᐅᓂᖓᓄᑦ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᕕᔨᐅᓛᕐᑐᒥᒃ ᐱᑕᖃᕐᑎᓯᓛᕐᑐᒍᑦ. ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᒍᑎᒃ ᐊᓯᑦᓯᒥᐊᕐᑕᐅᓯᒪᔪᖅ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᓚᖓᑦᓯᓂᓗ ᐅᖃᐅᓯᕐᑕᖃᕐᓗᓂ ᐱᖓᓯᓂᒃ ᐅᖃᐅᓯᕐᓂᒃ 2011-2012 ᐃᓕᓐᓂᐊᓇᐅᑉ ᐊᕐᖁᖓᓂᑦ.

ᑭᒍᑎᕐᓗᑎᑦᓯᑌᓕᓂᖅ

ᐊᕐᖁᓂᑦ ᑌᒣᖃᑦᑕᓯᒪᒻᒪᑦ, ᐱᐊᓂᑦ ᓯᐳᓪᓕᐸᐅᑎᑕᐅᕐᑲᑦᑕᓚᐅᕐᑐᑦ. ᑭᒍᑎᓕᕆᔩᑦ ᓄᓇᓕᓐᓄᑦ ᐊᕐᐱᑕᕐᑲᑦᑕᓚᐅᕙᑦ ᖃᐅᔨᑎᑦᓯᒥᐊᕐᓂᓯᑎᒃ ᑭᒍᑎᕐᓗᓕᕐᑌᓂᕐᒧᑦ ᖃᓄᐃᓕᒥᐊᕈᑎᓂᒃ. ᑭᒍᑎᓂᒃ ᓄᒃᑭᓴᐅᑎᒃ ᐱᐊᓂᑦ ᐯᕐᓯᕕᒻᒦᑐᑦ ᑭᒍᑎᖕᒥᓐᓄᑦ ᒥᖑᐊᕐᑕᐅᓯᓂ ᐊᖓᔪᕐᖄᕆᔭᐅᕙᐃᓐᓗ ᖃᓄᐃᓘᕆᐊᕐᑲᕐᓂᒥᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑕᐅᑦᓯᑎᒃ ᑭᒍᑎᕐᓗᓕᕐᑎᓯᑦᑌᓕᕐᑐᓕᖓᔪᓂᒃ. ᐱᐊᓂᑦ ᐳᒃᑭᓂᕐᓴᒥ ᐃᓕᓐᓂᐊᓃᑦ ᐱᕙᓪᓕᔭᐅᒍᑎᕐᑲᓲᖑᒻᒥᔪᑦ ᖃᐅᑕᒫᑦ ᑭᒍᓃᑦ ᓄᒃᑭᓴᐅᑎᖕᒥᓐᓂᒃ ᐄᕐᑲᒪᐱᓐᓂᒃ ᐃᓯᑎᑕᐅᓂᒃᑯᑦ. ᐊᕐᖁᑉ ᐃᓗᐊᓂ ᒪᕐᕿᐱᑦᑐᒥᒃ ᑭᒍᓃᑦ ᓄᒃᑭᓴᐅᑎᖓᓂᒃ ᑭᒍᑎᒥᒍᑦ ᒥᖑᐊᐱᐅᓯᑎᒃ ᑭᒍᑎᕐᓗᓕᕐᑌᒍᑎᓂᓪᓗ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑕᐅᑦᓯᑎᒃ. ᑌᒪ, ᐃᓄᒻᒪᓇᐅᑉ ᑭᒍᑎᖕᒥᑦ ᓄᐃᑐᐊᕐᒪᑕ, ᑭᒍᓃᑦ ᓴᐳᒍᑦᓴᕙᖕᒥᓐᓂᒃ ᒥᖑᐊᕐᑕᐅᐱᐅᔩᑦ ᐊᐅᓂᕐᑖᓈᒃᑯᑎᑦᓴᕙᓂᒃ.

ᔩᑭᐊᖑᒐᓗᐊᖅ, ᐱᓇᓯᑦᑏᑦ ᐱᑕᕐᑲᑦᓯᐊᖕᒥᓐᓂᖕᒥᓐᓄᑦ. ᑕᒪᒃᑯᐊ ᐃᑯᓪᓚᒥᐊᕈᑏᑦ ᓄᓇᕕᓕᒻᒥ ᐊᑕᐅᑦᓯᑯᑦᓯᐊᖅ ᐊᑑᑎᑎᑕᐅᒍᓐᓇᔾᖑᙱᒥᑐᑦ. ᑭᒍᑎᓕᕆᔨᒥᒃ ᐱᓇᓯᑦᑎᕐᑲᓚᐅᕚᙱᒥᓂᑰᖓᓄᑦ 2010-ᒥ ᑕᓯᐅᔭᕐᕙᐊᑉ ᓯᓈᓂ ᓲᕐᕗᓯᒪᓂᖓ ᓄᐃᑕᕙᖅ. ᐊᕐᖁᓛᕐᑐᒥ ᑭᒍᑎᓕᕆᔩᑦ ᐱᓇᓯᒪᖕᒥᑦᑕ ᐃᓂᖕᒥᑦ ᐅᓄᕐᓯᒥᐊᕐᑕᐅᒪᓂᓛᓂᐊᖓ ᓂᕆᐅᓐᓇᑐᖅ, ᑭᒍᑎᓕᕆᔭᐅᒥᐊᕐᑲᓯᑦ ᐅᓄᕐᓂᓴᑦ ᐱᒍᑦᔭᐅᓯᐊᑭᓐᓇᓛᓕᕐᑐᑦ.

ᐊᐅᒃᑯᑦ ᐱᑕᑦᓴᕐᑲᓗᐊᕐᓂᖅ

ᐊᓪᓚᖑᐊᕐᓯᒪᔪᖅ ᑕᕐᓴᓕᐊᖑᑦᓯᓂ ᓴᓇᔭᐅᓯᒪᔪᖅ ᓄᐃᑕᑎᑦᓯᒍᑎᐅᓂᐊᕐᑎᓗᒍ ᖃᓄᐃᙱᒥᓯᐊᕐᓂᒥᒃ ᐃᓅᓂᕐᑲᕐᓂᒎᓕᖓᔪᒥᒃ ᐊᑐᕐᑕᐅᕐᑲᑦᑕᓂᐊᓕᕐᑐᖅ ᖁᓪᓚᑐᐃᒍᑎᓂᑦ ᐊᓪᓚᓯᒪᔫᑦᓯᑎᒃ ᐱᓂᐊᕐᓂᕐᑲᕐᑎᓯᒍᑎᓂᓪᓗ ᓂᕿᑦᓯᐊᓅᓕᖓᔪᓄᑦ ᐃᖁᓕᓴᕐᓂᒎᓕᖓᔪᓄᓪᓗ. ᑕᒪᓐᓇ ᑐᑭᓯᔭᐅᕐᑯᔭᕗᓐᓂᒃ ᓄᓇᓕᓐᓄᑦ ᖁᓪᓚᑐᐃᒍᑎᐅᕐᑯᓇᓚᖓᔪᖅ.

ᑐᑭᓯᑎᑦᓯᒍᑎᒃ ᐊᓪᓚᕐᑯᑎᓕᐊᖑᓯᒪᔪᖅ ᓄᓇᑦᓯᐊᕗᒥ ᐱᓯᒪᖏᑦᓯᓂ ᐊᑐᕐᑕᐅᓯᒪᔪᖅ ᐊᐅᒃᑯᑦ ᐱᑕᑦᓴᕐᑲᓗᐊᕐᓂᒎᓕᖓᔪᓂᒃ ᑐᑭᓯᒪᐅᑎᑦᓴᓂᒃ ᐊᓪᓚᓯᒪᔪᕐᑕᓕᒃ, ᓯᑭᑑᖕᖑᐊᒥᒃ ᐆᑦᑐᖁᐅᑎᓕᒃ ᑐᑭᓯᑎᑦᓯᒍᑎᐅᓂᐊᕐᑎᓗᒍ. ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐋᓐᓂᐊᕕᓕᒫᑦ ᐱᑎᑕᐅᓛᕐᑐᑦ.

ᑲᑎᒪᓂᐊᕈᓯᖅ 'ᐃᓄᒻᒥᑦ ᐃᓄᒻᒧᑦ' ᑐᑭᓯᕐᑲᑎᒦᓐᓂᒧᑦ ᖃᐅᔨᒪᐅᓯᒥᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᑏᑦ ᐳᕐᑐᓂᕐᓴᒦᑦᑐᑦ ᐃᕗᔨᕕᒻᒥ, ᐊᑯᓕᕕᒻᒥ, ᑲᖕᒥᕐᓯᒥᓪᓗ ᐊᑑᑎᓚᐅᖅ ᐊᑭᐊᑦᓴᖅ 2010-ᒥ 2011 ᐅᑭᐅᖓᓂ ᖁᐊᕐᑕᒦᑦᓯᓂ. ᐊᑯᓕᕕᒻᒥ ᖁᐊᕐᑕᒥᓪᓗ ᖃᓄᐃᙱᒥᓯᐊᕐᓂᓕᕆᔩᑦ ᐱᓇᓯᑦᑎᖕᒥᓐᓂᒃ ᓇᑯᕐᓴᒪᓇᑦᑐᒍᑦ ᐱᓇᓯᐊᕐᑲᑎᐅᑦᓯᐊᓚᐅᕙᓂᖕᒥᓐᓄᑦ.

ᓄᓇᓕᓐᓂ ᓂᕆᒻᒫᓃᑦ, ᑐᓴᐅᑎᒃᑯᑦ ᐅᖃᓚᑦᑖᓐᓂᑦ ᐊᐅᒃᑯᓗ ᐱᑕᑦᓴᕐᑲᓗᐊᕐᑐᓂᒃ ᑲᑎᓯᑲᑦᑖᓐᓂᑦ ᐱᓂᐊᕐᓂᕐᑲᕐᑎᓯᒍᑎᐅᕐᑲᑦᑕᓚᐅᕙᒥᒍᑦ.

ᐊᕐᖁᒍᕐᑐᕈᑎᒥᓕᕐᑕᖓ ᐱᖓᔪᐊᓂᑦ, "ᑎᕐᑎᑐᒥᒃ ᐃᒥᕐᖁᕐᑌᓕᑎᑦᓯᒪᓯᐊᕐᓂᖅ" ᐱᓇᓯᐊᕐᑕᐅᓂᖓ ᑖᒪᓐᓇ ᐃᓚᐅᕕᐅᓚᐅᔪᖅ 14-ᓄᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᓐᓄᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ. ᔩᑭᐊᖑᒐᓗᐊᖅ, ᐃᑭᓗᐊᑦᓯᐊᑐᓂᒃ ᓇᐅᑦᓯᑐᐃᒍᑎᕕᓂᕐᓄᑦ ᑐᓴᕐᑎᓯᒍᑎᓂᒃ ᑎᑭᑕᐅᓯᒪᒪᑦᑕ ᖃᑦᓯᓗᑑᓂᖕᒥᓐᓂᒃ ᐅᕕᒃᑫᑦ ᐃᒥᕐᖁᕐᑌᔭᕕᓅᑦ ᑭᓯᑕᐅᒍᑎᖕᒥᓐᓂᒃ 3166-ᓂᒃ ᐃᒥᕐᖁᕐᑌᓚᓯᐊᕆᐊᓕᕕᓂᕐᓂᒃ ᔫᕐᖁᐃᓯᒍᓐᓇᖕᒥᑦᑐᒍᑦ. ᓯᓕ ᑕᕝᕙᓂ ᐊᕐᖁᒍᒥ, ᐊᑕᐅᓯᐅᙱᒥᑐᑦ ᐱᓂᐊᕐᓂᕐᑲᕐᑎᓯᓅᑦ ᓂᕿᑦᓯᐊᑑᒪᒥᐊᕐᑲᕐᓂᒧᑦ ᐃᓕᖓᔪᑦ ᐊᑑᑎᑎᑕᐅᕐᑲᑦᑕᓚᐅᕐᑐᑦ; ᓅᑖᖑᒍᑎᐅᓚᐅᕐᓯᓂᓗ ᑕᕝᕙᓂ ᐊᕐᖁᒍᒥ ᑮᓇᐅᔭᕐᑲᕐᑎᓯᓂᖅ ᐊᑦᔨᒦᙱᑐᓄᑦ ᐱᓇᓯᐊᖅᑦᓴᓕᐊᖑᓯᒪᔪᓄᑦ ᐃᖅᑯᓕᓴᕐᓂᑯᑦ. ᐃᓕᓐᓂᐊᕖᑦ ᓂᐅᕕᐊᕐᓇᓯᓚᕐᑭᒍᑎᒥᑦᓯᓂᖕᒥᑦ ᐱᐅᒃᑯᑎᓂᒃ ᐱᖕᖑᐊᕈᑎᓂᒃ/ᐃᖅᑯᓕᓴᕈᑎᓂᒃ.

ᐱᑦᓯᐊᓂᕐᐸᐅᓯᒪᔪᓕᒃ ᐅᓪᓗᕆᐊᖅ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᖓ ᑎᕐᑎᑐᒥᒃ ᐃᒥᕋᖅᑲᕐᑎᓯᓲᖑᒍᓐᓄᒪᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᒻᒥᓂ ᐃᓕᔭᐅᑎᑦᓯᓯᒪᓕᕐᓯᓂᓗ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᕖᑦ ᖃᕆᐊᓕᒫᖑᕐᒥᓐᓂᒃ ᐃᒪᖅᑲᐅᑎᒥᒃ. ᐃᓕᓐᓂᐊᑏᑦ ᑲᔪᕐᒥᕐᓴᑕᐅᒍᑎᒻᒥᒻᔭᖓ ᑎᒥᒧᑦ ᐱᐅᔪᓂᒃ ᐱᖅᑕᕆᐊᖅᑲᕐᓂᒥᒃ.

ᖃᓄᐃᖔᕐᒥᓯᐊᕆᐊᖅᑲᕐᓂᒥᒃ ᑫᓪᓛᑐᐃᒍᑏᑦ

ᖃᓄᐃᖔᕐᒥᓯᐊᕐᓂᓕᕆᓂᖅ ᑫᓪᓛᑐᐃᒍᑕᐅᓂᖓᓗ ᐊᖏᔪᑲᓪᓚᒃ ᐱᓇᓯᐊᕐᑕᐅᔪᓂᑦ ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒧ ᐱᒍᑦᔨᕕᖓᓂᑦ. ᑐᑭᓯᓇᕐᑎᑕᐅᒍᑎᖅᑲᕐᓯᓂ ᐱᓇᓯᐊᕐᑕᐅᒍᑎᐅᒥᐊᖅᑲᕐᓂᖓ ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐱᕕᑦᓴᖅᑲᕐᑎᓯᓂᕐᒧᑦ ᓇᒻᒥᓂᖅ ᑎᒥᒥᓂᒃ ᑲᒪᑦᓯᐊᓂᕐᓯᑦ ᖃᓄᐃᖔᕐᒥᓯᐊᕿᓯᐊᕐᓂᒧᓪᓗ ᐊᑲᐅᓯᓕᐅᒥᒥᐊᕐᓂᒧᓪᓗ, ᖃᓄᐃᖔᕐᒥᓯᐊᕆᐊᖅᑲᕐᓂᒥᒃ ᑫᓪᓛᑐᒍᑏᑦ ᑕᓪᓕᒪᐅᓕᖓᔪᑦ ᐋᕐᑭᓯᒪᐅᑏᑦ ᓯᕗᓪᓕᐅᔭᐅᓗᑎᒃ ᐊᐅᓚᑦᔭᕆᐊᕈᑎᑦᓴᒦᖑᒍᔪᑦ: ᓄᐃᑦᓯᓂᖅ ᓇᐅᓕᒫᓄᐊᖓᔪᓄᑦ ᒪᓕᒐᕐᓂᒃ, ᓄᐃᑦᓯᓂᖅ ᖃᓄᐃᖔᕐᒥᓯᐊᕐᓂᓕᕿᐱᐅᓂᐊᕐᑐᓂᒃ, ᓄᓇᓖᑦ ᐊᐅᓚᑦᔭᕆᐊᕈᑎᒥᒥᐊᓕᖕᒥᓐᓂᒃ ᐊᐅᓚᒃᑳᕆᓂᖅ, ᐃᓄᐃᑦ ᐃᒻᒥᒨᓈᕐᑎᑐᑦ ᐱᔪᓐᓇᓂᖃᕆᐊᖅᑲᕐᓂᖕᒥᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᐅᓪᓗ ᐱᒍᑦᔨᓂᖓ ᑐᑭᓯᔭᐅᑎᒥᐊᓪᓛᓗᒍ (ᐱᕕᐅᔪᖅ: ᐋᑐᕚᒥ ᐱᖁᔭᖅ ᖃᓄᐃᖔᕐᒥᓯᐊᕆᐊᖅᑲᕐᓂᒧᑦ ᑫᓪᓛᑐᐃᒍᑎᖕᒥᓐᓂᑦ). ᐊᕐᕿᒍᓂᑦ ᐊᓂᒍᕐᑐᓂ ᐋᑐᑎᖅᑲᑦᑕᓯᒪᓪᒪᑦ , ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ ᐋᑐᑎᑦᓯᖅᑲᑦᑕᓚᐅᕐᑐᖅ ᖃᓄᐃᖔᕐᒥᓯᐊᕆᐊᖅᑲᕐᓂᒧᑦ ᑫᓪᓛᑐᐃᒍᑎᓂᒃ.

ᓄᐃᑦᓯᓂᖅ ᒪᓕᒐᕐᓂᒃ ᓇᐅᓕᒫᑦ ᐱᑦᔪᔭᐅᕕᖕᒥᓐᓂ (ᐱᑦᔪᑎᖓ: ᒪᓕᒉᑦ)

ᖃᓄᐃᖔᕐᒥᓯᐊᕐᓂᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᑫᓪᓛᑐᐃᒍᑏᑦ ᓴᐳᒻᒥᒍᑎᐅᓲᖑᒍᑦ ᐱᓂᐊᕐᓂᓕᕆᔩᓂᒃ ᓇᓪᓕᐊᓅᓕᓗᐊᕐᐸᑕ ᐱᓇᓯᐊᕐᕕᓂ ᓇᓪᓕᐊᒎᓕᓗᐊᕐᐸᑕᓗ ᖃᓄᐃᖔᕐᒥᓯᐊᕆᐊᖅᑲᕐᓂᒧᑦ ᓄᐃᑕᐅᓯᒪᔪᑦ, ᕿᓇᐅᔭᓕᕆᓂᐅᑉᐸᑕ ᐃᓄᓕᒫᓄᐊᖓᔪᓄᓪᓗ ᒪᓕᒐᐅᑉᐸᑕ ᐱᕙᓪᓕᓈᕐᑑᓗᑎᒃ ᖃᓄᐃᖔᕐᒥᓯᐊᕐᓂᒧᑦ, ᐊᑦᔨᖏᑦᑎᓯᑦᓯᐊᓂᕐᒧᑦ ᐃᓗᓯᖅᑲᑦᓯᐊᓇᕐᑐᒥᓪᓗ ᓇᔪᒪᐅᒍᓐᓇᑐᓂᒃ (ᐆᑦᑑᑎᒥᓗᒍ' ᒪᓕᒐᖅᖑᒍᑎᑦᓯᓃᑦ ᕿᓇᐅᔭᓕᕆᓂᒃᑯᓗ ᐊᐅᓚᑦᔭᕆᐊᕈᑏᑦ, ᑎᒥᐅᔪᑦ ᐃᓂᓪᓚᖑᓕᐅᓯᖕᒥᓐᓂᒃ ᐊᓯᑦᔨᑐᐃᓅᑦ, ᐊᓯᖕᒥᓪᓗ.).

ᑲᓇᑕᐅᑉ ᐅᑭᐅᖅᑕᑐᒧᑦ ᓂᕿᑦᓯᐊᖅᑲᕐᑎᓯᒍᑎᖓ

ᒣ 2010-ᖑᒍᑎᓪᓗᒍ, ᑲᓇᑕᐅᑉ ᑲᕙᒪᖓ ᑐᓴᕐᑎᓯᒍᑎᖅᑲᓚᐅᔪᓪᒪᑦ ᐊᓪᓚᑖᕐᕕᒍᑦ ᐊᑭᑭᓪᓕᒥᐊᕐᑕᐅᓯᒪᐅᑎᐅᕙᓚᐅᕐᑐᖅ ᓂᕿᑦᓯᐊᓂᒃ ᐃᖕᒥᕐᕿᓯᒪᔪᖅ ᐊᕐᕿᒍᓄᑦ 40-ᓄᑦ ᐅᖓᑖᓄᓪᓗ ᑕᐅᕐᓯᔭᐅᓚᖓᓕᕆᐊᖓ ᑲᓇᑕᐅᑉ ᐅᑭᐅᖅᑕᑐᒧᑦ ᓂᕿᑦᓯᐊᖅᑲᕐᑎᓯᒍᑎᖓᓄᑦ, ᐱᒥᐊᕐᓗᓂ ᐁᕆᓕ 1, 2011-ᒥ. ᐊᓪᓛᕐᕕᒍᑦ ᐊᑭᑭᓪᓕᒥᐊᕐᑕᐅᓯᒪᐅᑎᐅᕙᓚᐅᕐᑐᖅ ᓂᕿᑦᓯᐊᓂᒃ ᐊᑭᑭᓪᓕᒥᐊᕐᑎᓯᒍᑎᐅᖅᑲᑦᑕᓯᒪᔪᖅ ᖃᖓᑦᑖᕐᒃᑯᑦ ᐊᐅᓚᑕᐅᔪᓂᒃ ᓂᕿᓂᒃ ᓯᔪᒍᐊᕐᑐᓂᒃ ᓯᔪᕐᕐᑲᔭᖅᖅᒥᑐᓂᓪᓗ ᐊᓯᖕᒥᓂᓗ ᐊᑐᕐᑐᓂᒃ ᓂᕿᐅᖅᖅᒥᑐᓂᒃ. ᑲᓇᑕᐅᑉ ᐅᑭᐅᖅᑕᑐᒧᑦ ᓂᕿᑦᓯᐊᖅᑲᕐᑎᓯᒍᑎᖓ ᐊᑭᑭᓕᖕᒥᐊᕐᓯᒪᑎᑦᓯᔪᖅ ᓯᔪᒍᐊᕐᑐᓂᒃ ᑭᓯᐊᓂ ᓂᕿᓂᒃ.

ᓯᔪᕐᕐᑲᔭᖅᖅᒥᑐᐃᑦ ᓂᕿᑦ ᓂᕿᐅᖅᖅᒥᑐᐃᓪᓗ ᓂᐅᕕᐊᑦᓴᑦ ᐊᕐᕿᒍᑕᓖᑦ ᐅᒥᐊᕐᔪᐊᑯᕐᑎᑕᐅᒥᐊᖅᑲᖅᑲᑦᑕᓚᖓᓯᔪᑦ ᐅᑭᐅᖅᑕᑐᒥ ᓄᓇᓕᓖᓄᑦ ᐊᒥᓲᓈᕐᑎᑑᓕᕐᑎᓗᒥᑦ.

ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ ᓵᖕᒥᓄᑦ ᐅᖄᒥᐊᕐᑐᓯᒪᓚᐅᔪᖅ ᑫᓪᓛᑐᐃᔾᔪᑦ ᑲᑎᒪᔾᔭᖕᒥᓄᑦ ᓄᓇᖅᑳᖅᑲᓯᒪᔪᑦ ᐱᓂᐊᕐᓂᓕᕆᔭᐅᕕᖓᓄᑦ ᐅᑭᐅᖅᑕᑐᒥᓪᓗ ᐱᕋᓪᓕᐊᑎᑦᓯᓂᕐᒧᑦ ᑲᓇᑕᐅᑉ ᐅᖃᕐᕕᖓᓕᖓᓂᑦ ᐅᖄᒥᐊᕐᑐᕕᖅᑲᕐᓯᑎᒃ ᓯᕐᕿᑕᐅᒍᑎᒥᓪᓚᖓᔭᖅᒥᓂᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᑦ ᓯᓚᓗᑦᑐᒥᒃ ᐊᓯᑦᔨᑕᐅᑲᓪᓚᓂᐊᓗᖓᓄᑦ ᑖᑦᓯᒪ ᐊᑭᑭᓪᓕᒥᐊᕐᑎᓯᓯᒪᐅᑎᐅᕐ. ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᕕᒃ ᐊᓂᒌᑎᑎᑦᓯᓚᐅᔪᖅ ᑐᑭᑖᕈᑎᒥᒃ ᑐᑦᓯᕋᐅᑎᓕᒻᒥᒃ ᐊᓪᓛᕐᕕᒍᑦ ᐊᑭᑭᓪᓕᒥᐊᕐᑕᐅᓯᒪᐅᑎᒃ ᓂᕿᑦᓯᐊᓂᒃ ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᖁᔨᔪᑎᒃ ᖃᐅᔨᓴᕐᑕᐅᓯᐊᖅᖅᒥᓂᓕᖑᓚᓂᑦ ᓯᕐᕿᑕᐅᒍᑎᐅᓪᓚᓇᓪᓚᖓᔪᑦ ᓄᑖᒧᑦ ᐊᑭᑭᓪᓕᒥᐊᕐᓯᒪᐅᑎᐅᓕᕐᑐᒧᑦ. ᑲᑎᕕᒃ ᓄᓇᓕᓖᑦ ᑲᕙᒪᖓ ᐊᑦᔨᐸᓯᖓᓂᒃ ᑐᑭᑖᕈᑎᒃ ᐊᓂᒌᑎᑦᓯᒪᓪᒥᔪᑦ ᑐᑦᓯᕋᐅᑎᓕᐊᖓᓯᒪᔭᒥᓂᒃ ᑲᕙᒪᒃᑯᑦ ᐱᓂᐊᕐᓂᓕᕆᖕᒥᓄᑦ.

ᒦᑦᓴ 2010-ᖑᒍᑎᓪᓗᒍ, ᑲᓇᑕᐅᑉ ᑲᕙᒪᖓ ᑐᓴᕐᑎᓯᓚᐅᔪᒻᒪᑦ ᐊᓯᑦᓴᔭᐅᓂᖓᓂᒃ ᓂᕿᑦᓯᐊᓂᒃ ᐊᑭᑭᓪᓕᒥᐊᕐᓯᒪᐅᑎᒃ. ᒫᓐᓇ ᐊᑐᓕᕐᑐᖅ, ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᐅᑎᒌᑦᑐᑦ ᓂᖀᑦ ᐃᓚᒥᐊᕐᑕᐅᓯᒪᓕᕐᑐᑦ, ᓯᔪᕐᖃᔭᖕᖕᒥᑐᑦ ᓂᖀᑦ ᐃᓚᐅᑎᑕᐅᓕᕐᓯᑎᒃ ᐊᑐᕐᑐᐃᓗ ᓂᕿᐅᖕᖕᒥᑐᑦ. ᖃᐅᔨᒪᔭᐅᒥᐊᓕᒃ ᐃᓚᒥᐊᕐᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᐊᑭᑭᓪᓕᒥᐊᕐᑕᐅᒍᑎᒍᑦ ᑐᓴᕐᑎᓯᒍᑎᐅᓚᐅᔪᑦ ᒦᑦᓴ 2011-ᒥ ᐊᑐᓚᖓᓚᑦ ᑕᕐᕿᓄᑦ 18-ᑐᐃᓐᓇᓄᑦ ᑲᓇᑕᐅᓪᓗ ᓂᕿᑦᓯᐊᓂᒃ ᐊᑭᑭᓪᓕᒥᐊᕐᓯᒪᐅᑎᒥᓕᕐᑕᖓᑕ ᐊᑭᖏᑦ ᐊᑐᓕᕐᑎᑕᐅᓛᕐᒪᑕ ᐁᐳᓕ 1, 2011-ᒥ.

ᓇᐅᓕᒦᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᓴᕕᐅᑉ ᓂᕿᑦᓯᐊᓕᕆᔨᖓ ᑎᒃᐊᑯᑕᐅᓚᐅᔪᖅ ᑲᓇᑕᒥ ᓂᕿᑦᓯᐊᓂᒃ ᐊᑭᑭᓪᓕᒥᐊᕐᑎᓯᔩᑦ ᐊᔪᕿᒥᐊᕐᑏᑦ ᑲᑎᒪᔩᖕᒥᓐᓄᑦ ᐃᓚᐅᕕᖃᕐᓂᐊᑎᓪᓗᒍ. ᑲᑎᒪᔩᑦ ᑐᕌᕐᓂᓪᓕᑦ ᓂᐃᒥᔭᐅᓂᐊᕐᓯᑎᒃ ᐅᑭᐅᕐᓴᑐᒥᐅᓄᑦ, ᐱᐅᓯᐅᒥᑎᑦᓯᒥᐊᕐᓂᒥᒃ ᐊᑭᑭᓪᓕᒥᐊᕐᑎᓯᒍᑎᐅᓕᕐᑑᑦ ᐃᓂᓪᓚᑕᐅᓯᒪᓂᖓᓂᒃ ᖃᐅᔨᒪᐅᑎᑦᓴᓂᓪᓗ ᐊᔪᖀᒥᐊᕐᓂᒥᓪᓗ ᐱᑕᖃᕐᑎᓯᓗᑎᒃ ᐊᐅᓚᑕᐅᒍᓯᖓᓂᒃ ᐊᑲᐅᓯᓕᐅᒥᑎᑦᓯᒪᓯᐊᕐᓂᒧᑦ ᑐᕌᓗᑎᒃ.

ᑖᓐᓇ ᓄᑖᖅ ᐊᑭᑭᓪᓕᐊᕐᑎᓯᓯᒪᐅᑎᒃ ᐃᓚᓕᒃ ᐊᑭᑭᓪᓕᒥᐊᕐᑕᐅᓯᒪᐅᑎᖕᒥᓐᓂᒃ ᓂᖀᑦ ᖁᓓᓂ ᐅᖃᕐᑕᐅᔪᑦ. ᐃᓚᖃᕐᒥᓯᓂᓗ ᐃᒻᒥᒎᕐᑐᑯᒥᒃ ᑲᓇᑕᐅᑉ ᐃᓗᓯᓕᕆᕕᖓᒍᑦ ᓄᐃᑕᐅᓯᒪᔪᒥᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᒍᑎᓂᒃ ᓂᕿᑦᓯᐊᓅᓕᖕᒪᔪᓂᒃ. ᑖᓐᓇ ᑐᕌᕐᓂᓕᐅᕈᑎᐅᓯᒪᔪᖅ ᐃᒻᒥᒎᓈᕐᑎᑐᑦ ᓄᓇᓖᓪᓗ ᑐᑭᓯᒪᐅᑎᑦᓴᖕᒥᓐᓂᒃ ᓂᕿᑦᓯᐊᑦ ᐱᕙᓪᓕᓇᕐᑑᓂᖕᒥᓐᓄᑦ, ᓂᕿᑦᓯᐊᖑᓂᕐᓴᓂᓪᓗ ᐃᒐᓂᕐᒧᑦ ᐃᒐᓯᒪᖕᖕᒥᑲᓗᐊᕐᐸᑕᓗ, ᐱᓇᓱᐊᖃᑎᒌᓕᐅᒥᒥᐊᖃᕐᓂᖕᒥᓐᓄᓗ ᐱᓇᓱᐊᖃᑎᒌᑉᐸᑐᑦ ᓂᐅᕕᕐᓂᐊᕕᑦ ᓄᓇᓖᓪᓗ ᓂᕿᑦᓯᐊᖑᓂᕐᓴᑦ ᓂᐅᕕᐊᑦᓴᐅᓂᕐᓴᐅᒥᐊᖃᕐᓂᖕᒥᓐᓄᑦ. ᑌᒪᓕ, ᓂᕿᑐᐃᓐᓄᑦ ᐃᓄᓕᕐᑌᒃ ᐊᕕᖃᑎᒌᒍᑕᐅᒥᐊᖃᕐᓂᖕᒥᓐᓂᒃ ᕋᓪᓚᑐᐃᒍᑎᖃᕐᒥᔪᖅ ᐃᓗᕐᖁᓯᕐᑎᒍᓪᓗ ᖃᐅᔨᒪᐅᓰᑦ ᑐᐅᒪᖃᑎᒌᒍᑕᐅᒥᐊᖃᕐᓂᖓᓂᒃ ᐱᔪᓐᓇᓃᓪᓗ ᓂᕿᑦᓴᓯᐅᕐᓂᑯᑦ, ᓂᕿᓕᕆᓂᒃᑯᑦ ᓂᕆᔭᐅᒥᐊᖃᕐᓂᖕᒥᓂᓪᓗ ᕋᓪᓚᑐᐃᒍᑎᖃᕐᓯᓂ.

ᓯᓇᒥᖕᖕᒥᑲᓗᐊᕐᑐᓂᒃ ᑮᓇᐅᔭᖃᕐᑎᑕᐅᐊᖃᕐᓯᒪᔪᖅ ᓄᓇᖃᕐᕕᐅᔪᓄᑦ ᐱᒥᐊᕐᓗᓂ ᐅᑭᐊᑦᓴᖅ 2010-ᒥ ᐃᓯᓕᒪᔭᕐᓗᓂ ᒦᑦᓴ 2011-ᒥ. ᑌᒣᒐᓗᐊᕐᑎᓗᒍ, ᐊᖏᖃᑎᒌᒍᑎᖓ ᑲᕙᒪᑐᖃᒃᑯᑦ ᐱᖁᔭᖃᕐᕕᐅᔪᐃᓪᓗ ᓄᓂᑦ ᐊᑎᓕᐅᕈᑎᐅᓕᔪᖅ ᑮᓇᐅᔦᓪᓗ ᑐᓴᕐᑎᑕᐅᒍᑎᒥᓕᐅᔭᖕᒥᑦ ᓄᓇᕕᒻ ᐃᓗᓯᓕᕆᕝᐅᑉ ᕕᐳᐊᕆ 2011 ᐃᓯᐊᓂ. ᐱᓇᓱᐊᕋᑦᓴᑦ ᒪᓕᒥᐊᓖᑦ ᓄᑖᒍᑦ ᐊᑭᑭᓪᓕᕐᒥᐊᕐᑎᓯᒍᑎᒍᑦ ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᓕᓚᐅᔪᑦ ᒦᑦᓴ 2011 ᐃᓯᐊᓂ:

- ᐃᓚᐅᕕᖃᕐᓂᖅ ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᔪᒧᑦ ᓄᓇᓖᑦ ᖁᐊᖃᐅᑎᐊᓗᖕᒥᓐᓂᒃ ᐊᓯᑦᓴᑐᐃᓂᖅ ᐱᓇᓱᐊᖃᑎᒥᑦᓯᒍ ᑲᑎᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒦᑦ ᑲᕙᒪᖓᑕ ᐆᒪᔪᕐᓂᐊᑎᒃᑯᑦ ᐱᒍᑦᓴᕕᖓ;
- ᐃᒐᓕᐅᑉ ᐱᐅᒃᑯᑎᖕᒥᓐᓂᒃ ᓂᐅᕕᕐᓂᖅ ᓄᓇᕕᐅᑉ ᐯᕐᓯᕕᖕᒥᓐᓄᑦ;
- ᐱᓇᓱᐊᕋᑦᓴᖅ ᐊᓯᑦᓵᕆᒥᐊᕐᓂᒧᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᓂᕿᑦᓯᐊᓅᓕᖕᒪᔪᓄᑦ ᑐᑭᒧᐊᒍᑎᑦᓴᖕᒪᓂᒃ;
- ᓴᐳᒻᒥᓯᒪᓂᖅ ᐱᓇᓱᐊᕋᑦᓴᓕᐊᖕᒍᓯᒪᔪᒥᒃ ᓴᕐᕿᑎᑦᓯᓂᕐᒧᑦ ᓂᕿᓂᒃ ᐃᒐᒍᑏᑦ ᐊᑐᐊᒐᖕᒥᓐᓂᒃ ᒪᓕᑦᓯᒥᑦ ᓂᕿᓕᐊᕆᔭᐅᓯᑦ ᐯᕐᓯᕕᖕᓂ;
- ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᒍᑏᑦ ᓂᕿᑦᓯᐊᓅᓕᖕᒪᔪᓄᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᓄᑦ ᐱᐊᕋᕐᓄᑦ.

ᐊᑐᓕᕐᑎᓯᓂᖅ ᒪᓕᒐᐅᑉ ᑐᖕᖕᒐᕕᓕᕐᑐᑕᐅᒍᑎᖕᒪᓂᒃ ᓂᕿᑦᓯᐊᑑᒪᒥᐊᖃᕐᓂᒧᑦ ᐃᕐᕋᓕᓴᖃᑦᑕᕆᐊᖃᕐᓂᒧᓪᓗ ᐃᓕᓐᓂᕕᓐᓂ

ᑲᑎᕕᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᓕᕆᓂᖅ ᕋᓪᓚᑐᐃᒍᑎᖃᕈᒪᓯᒪᒻᒪᑦ ᓂᕿᑦᓯᐊᑑᒪᒥᐊᖃᕐᓂᒥᒃ ᐃᕐᕋᓕᓴᑦᓯᐊᖃᑦᑕᕆᐊᖃᕐᓂᒥᓪᓗ ᐃᓕᓐᓂᕕᓐᓂ. ᑯᐯᒃ ᑲᕙᒪᖓᑕ ᒪᓕᒐᖓᑕ ᑐᖕᖕᒐᕕᓕᕐᑐᑕᐅᒍᑎᖓ ᓂᕿᑦᓯᐊᑑᒪᒥᐊᖃᕐᓂᒧᑦ ᐃᕐᕋᓕᓴᑦᓯᐊᖃᑦᑕᕆᐊᖃᕐᓂᒧᓪᓗ ᓄᐃᑕᐅᓯᒪᔪᖅ 2007-ᒥ. ᑲᑎᕕᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᓕᕆᓂᖅ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᕕᒃ ᑕᒪᕐᒥᒃ ᑲᒪᒥᔭᓖᒃ ᐊᑐᓕᕐᑎᓯᓂᕐᒥᒃ ᑖᑦᓯᒥᖓ ᒪᓕᒐᕐᒥᒃ. ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᐅᑎᒌᑦᑐᑦ ᓂᕿᑦᓯᐊᑦ ᐅᓪᓛᕈᒥᑌᑦ, ᐅᖁᒻᒥᓗᒪᑦᓴᑦ, ᓂᐅᕕᕐᓂᐊᕕᐊᐱᖕᒥᓪᓗ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᓐᓂ ᑮᐳᓴᔭᓂᓪᓗ ᓄᐊᑦᓯᓂᕐᒧᑦ ᐱᓂᐊᕐᓂᖃᕐᑎᓯᒍᑏᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᓐᓅᔭᕐᑕᐅᓯᒪᔪᑦ. ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᑦ ᑐᑦᓯᕋᐅᑎᖃᕐᓯᒪᔪᑦ ᑕᒪᑐᒥᖓ ᖃᐅᔨᒥᐊᕐᕕᐅᖃᑦᑕᓚᐅᔪᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᖕᒥᓐᓅᓕᖕᒪᔪᓄᑦ ᑕᒪᓐᓇ ᐱᓪᓗᒍ.

ᓄᐃᑦᓯᓂᖅ ᖃᓄᐃᖕᖕᒥᓯᐊᕐᕕᐅᒍᓐᓇᑐᓂᒃ (ᐱᑦᔪᑎᖓ: ᖃᓄᐃᖕᖕᒥᓯᐊᕐᓇᑐᒦᒥᐊᖃᕐᓂᖅ)

ᖃᓄᐃᙱᓯᐊᓇᐊᖃᕐᓂᒥᒃ ᑫᓪᓚᑐᐃᓂᖅ ᑲᔪᙱᖅᓴᒍᑎᖃᕐᒪᑦ ᓴᐳᑦᑏᓯᓂᓗ ᓄᐃᑕᐅᒥᐊᖃᕐᓂᖓᓂᒃ ᐊᓂᕐᑫᓇᔭᐅᔪᑦ. ᐱᓇᓯᕝᕚᑦ ᐱᙳᐊᕚᓪᓗ ᐊᑦᑕᓇᙱᑲᓗᐊᕐᒪᖔᑕ, ᑲᔪᙱᖅᓴᑕᐅᓇᕐᑑᓚᓗᐊᕐᒪᖔᑕ ᐆᒻᒪᓂᑦᑐᓯᐊᖑᒍᓐᓇᐱᐅᓗᑎᒃ, ᓈᓪᒪᒥᔭᐅᑦᓯᐊᕿᓐᓇᖁᓗᐊᕐᒪᖔᑕ ᓇᔪᕐᑕᐅᒍᒪᒍᓐᓇᓯᐊᖁᓗᐊᕐᖔᑕᓗ ᓇᐅᓕᒫᓄᑦ ᐃᐹᓪᓕᓇᕐᔫᓗᑎᒃ.

ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᓐᓂ ᖃᓄᐃᙱᓯᐊᓇᐊᖃᕐᓂᖅ

ᑲᔪᙱᖅᓴᒍᑎᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᒻᒥ ᐊᓃᙳᐊᕕᖓᓂᑦ ᐊᓕᐊᓯᐊᕕᖃᕐᓂᒧᑦ

- ᐱᙳᐊᓃᑦ ᐊᓯᒎᖅᑐᓂᒃ ᐃᓕᓐᐊᓂᑎᑦᓯᒍᑎᐅᒥᐊᖏᑦᑕᐅᖅ ᑐᑭᓯᒪᔭᐅᒥᐊᖃᕐᒥᔪᑦ, ᐆᑦᑐᕋᙳᐊᓂᒃᑯᑦ ᓲᕐᓗ ᓯᕗᓕᕐᓂᒥᒃ, ᐃᓅᖃᑎᒌᓐᓂᒥᒃ, ᐊᕕᖃᑎᒌᓐᓂᒥᒃ ᐃᑲᔪᖃᑎᒌᓐᓂᒥᓪᓗᓃᑦ ᐱᙳᐊᓂᒃᑯᑦ ᐊᑦᑕᓇᕐᑐᑕᖃᙱᑐᒥ. ᑕᒪ, ᓇᐅᓕᒫᑦ ᐱᒍᓐᓇᓕᖅᑭᓲᑦ ᓄᓇᓕᒃ ᐊᐅᓚᑦᓴᓇᐊᕈᑎᖃᑐᐊᕐᒪᑦ, ᐊᑐᐃᓐᓇᕈᑎᓇᑐᐊᕐᒪᑦ ᑐᑭᒧᐊᓇᑦᓯᓂᓗ ᐱᓂᐊᕐᓂᖃᕐᑎᓯᓂᕐᓂᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᐅᑉ ᓯᓚᑎᖓᓂ. ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᐅᑉ ᓯᓚᑎᖓ ᐃᓯᒪᒥᔭᐅᒥᐊᓕᒃ ᐱᓪᒪᓇᐅᑎᑕᐅᓗᓂ ᐊᑐᕐᑐᓴᓕᐅᕐᓂᒥᒃ ᐱᕈᕐᓴᓯᐊᕐᓂᒥᒃ ᑲᔪᖏᖅᓴᓂᕐᒥᓗ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᓂᒃ ᑐᙵᕕᖃᕐᓗᓂ.

- ᑮᓄ-ᑯᐯᒃ ᓄᐃᑦᓯᓯᒪᔪᖅ ᑐᑭᒧᐊᒍᑎᓂᒃ ᐸᕐᓇᓂᕐᒧᑦ ᐱᙳᐊᓂᕐᒨᓕᖓᔪᓂᒃ. ᑲᖏᕐᓯᐊᓗᑦᔪᐊᑦ, ᑰᑦᔪᐊᑦ, ᑲᖏᕐᓲᑦ, ᐅᒥᐅᔭᐅᑦ ᑰᑦᔪᐊᖂᐱᐅᓪᓗ ᐃᓕᓐᓂᐊᐱᖓᑕ ᐱᓇᓱᑦᑎᖏᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑕᐅᓂᖃᓚᐅᔪᑦ ᑐᑭᒧᐊᒍᑎᑖᕐᑎᑕᐅᑦᓯᑎᓗ ᐱᓇᓱᑦᑎᖏᓪᓗ ᐊᐅᓚᑦᓯᔩᓪᓗ ᑲᔪᖏᖅᓴᑕᐅᒍᑎᖃᓚᐅᔪᒻᒥᓯᑎᒃ ᐃᓚᐅᕕᖃᕐᑐᓴᐅᓂᕐᒧᑦ. ᑐᑭᒧᐊᒍᑏᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᐱᕐᒥᓐᓈᓴᕐᑕᐅᓚᐅᔪᓪᒥᔪᑦ ᑕᐅᓯᐅᔭᐅᑦ, ᓴᓪᓗᐃᑦ ᐃᕗᔨᕕᐅᓪᓗ ᐃᓕᓂᐊᑎᑕᐅᓂᖃᙱᑲᓗᐊᕐᑎᓗᒍ. ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᓃᑦ ᐊᑑᑎᓛᕐᑐᑦ ᐊᕐᕿᒍᒥ ᕿᔪᒥ.

- ᖃᐅᔨᒥᐊᕈᑎᐅᑎᓪᓗᒍ, ᑐᓴᕐᑎᑕᐅᓚᐅᔪᒍᑦ ᐱᓂᐊᕐᓂᖃᕐᑎᓯᓃᑦ ᖃᐅᔨᓴᕐᓂᕐᒨᓕᖓᔪᑦ ᐱᓇᓯᐊᕐᑕᐅᓕᓇᐊᖏᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᒍᑎᐅᓂᖓᓗ ᓈᓪᒪᒥᔭᐅᑦᓯᐊᑐᕕᓂᐅᒥᐊᖓ. ᑌᒣᓗᐊᕐᑎᓗᒍ, ᐊᐅᓚᑦᓴᓇᐊᕈᑎᖃᕐᓂᖅ ᐊᑦᔨᐅᖏᓪᒥᔪᖅ ᑲᑦᓯᙵᓂᖃᕐᓂᐅᑦ ᓴᓂᐊᓂ. ᐊᕐᖂᔫᒃ ᒪᕐᖀᒃ ᓈᔫᓐᓂ, ᐊᑕᓯᐅᙱᑐᑦ ᐊᒥᓯᐃᑦ ᐊᐅᓚᑦᓴᓇᐊᕈᑎᑦᓴᑦ ᐆᑦᑐᕋᕐᑕᐅᖃᑦᑕᓯᒪᓕᕐᑐᑦ: ᑲᑎᒪᔩᐊᐱᓐᓂᒃ ᓄᐃᑦᓯᓂᒃᑯᑦ, ᐃᓕᓐᓂᐊᕚᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᔩᖏᓐᓂᒃ ᐃᓚᐅᑎᑦᓯᖏᓐᓇᓕᒫᕐᓂᒃᑯᑦ (ᐱᓇᓱᑦᑏᑦ ᑐᑭᒧᐊᒍᑎᖏᑦ, ᑮᓇᐅᔭᖃᕐᑎᓯᓃᑦ, ᐊᓯᖏᓪᓗ.)ᐊᓯᖏᑦᑕᐅᖅ ᐱᒻᒥᑎᓪᓗᒥᑦ. ᐊᔪᐃᓐᓇᕈᑎᐅᓚᓯᐊᕐᓂᖓ ᐱᒐᓗᐊᕐᑎᓗᒍ ᐊᑕᓯᐅᙱᑐᑦ ᐱᑦᔪᑏᑦ ᐊᐃᐱᐊᓗᑕᙳᔫᖑᓂᖏᓐᓄᑦ ᐊᑯᓗᑦᑐᒥᒃ, ᐱᓇᓯᐊᕐᑕᐅᓂᖓ ᑌᒪᙵᑦ ᐱᒥᐊᕐᕕᒥᓯᒪᔭᙵᓂᒃ ᐅᑎᕐᑕᑲᑦᑐᒥᒃ ᐱᒥᐊᓇᐊᓪᓚᓗᓂ ᑭᓯᐊᓂᐅᕙᑦᑐᖅ.

- ᐊᕐᕿᒍᓂ ᕿᔪᓂ ᐱᓇᓯᐊᕈᑎᐅᒥᐊᖃᓚᖓᔪᐹᓗᒃ ᑕᒪᓐᓇ. ᖃᓄᐃᙱᓯᐊᓇᐊᖃᕐᓂᖅ ᐱᙳᐊᓂᒃᑯᓗ ᐃᕿᓕᓴᕐᓃᑦ ᑲᔪᓯᒍᓐᓇᐅᑎᓕᑐᐊᖑᓪᒪᑕ ᐊᐅᓚᑦᓴᓇᐊᕐᓂᖏᑎᒍᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᐱᓇᓱᑦᑏᓗ. ᓯᕗᓂᕐᒥ ᐊᔪᐃᓐᓇᐅᐳᒍᑎᐅᒥᐊᖃᓚᔪᖅ ᑐᑭᒧᐊᑦᑕᐅᓯᐊᕐᓂᓴᐅᓕᕐᓗᓂᓗ ᓄᓇᓖᑦ ᐊᐅᒪᑦᓴᓇᐊᕈᑎᑦᓴᖃᕐᓯᐊᕈᓐᓇᖁᓪᓗᒥᑦ ᑖᒃᑯᑎᒎᓇ.

ᐃᓕᓐᓂᐊᕚᑦ ᖃᓄᐃᙱᓯᐊᕈᑎᑦᓴᖃᕐᑎᑕᐅᓕᐅᑎᓂᖏᑦ 2010

ᑲᔪᓯᔪᒥᒃ ᐊᕐᕋᒍᕐᑐᓕᕐᑐᖅ ᐱᖓᓲᔪᕐᑐᓄᑦ, ᑮᓄ-ᑯᐯᒃᑯᑦ ᓄᐃᑦᓯᓯᒪᒻᒪᑕ ᐃᓕᓐᓂᐊᕖᑦ ᖃᓄᐃᙱᓯᐊᕈᑎᑦᓴᖃᑎᑕᐅᓕᐅᑎᒍᑎᑦᓴᙱᓐᓂᒃ. ᐱᖓᓱᑦ ᐅᓐᓂᑑᑦᔨᒍᑎᐅᓯᒪᔪᑦ:

- ᐸᕐᑐᓂᖅ, ᐃᓂᓪᓚᕐᒪᐅᓯᓚᐅᕐᓂᖅ ᓯᕗᓕᕐᓂᓅᓐᓃᑦ ᑎᒥᐅᑉ ᐃᕿᓕᓴᕈᑎᑦᓴᙱᓐᓂᒃ ᐱᕐᕈᑯᐊᓂᒃᑯᓗ ᐱᓂᐊᕐᓂᕐᑲᕐᑎᓯᒍᑎᑦᓴᓂᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᐅᑉ ᐃᓗᐊᓂ ᓯᓚᑎᕐᒪᓂᓪᓅᓐᓃᑦ;
- ᐃᓕᒪᓇᕐᑐᒦᑦᑌᓕᒍᑎᑦᓴᓂᒃ ᐱᐅᓯᕐᓰᑎᐅᒥᐊᓕᓐᓂᓗ ᐱᕐᕈᑯᐊᓂᒃᑯᑦ ᓄᐃᑦᓯᓂᖅ;
- ᓂᕿᑦᓯᐊᕗᒪᓂᖅ.

ᐊᕐᓴᓂᖅ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᒻᒪ ᑭᓯᐊᓂᑦᓯᐊᖅ ᑲᒥᕐᓯᔪᐊᒥ ᐃᓚᐅᒍᒪᐅᑎᒥᓂᒃ ᑐᑦᓯᕋᐅᑎᓕᐅᕐᓯᒪᓚᐅᔪᖅ. ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᒃ ᐱᓂᐊᕐᓂᕐᑲᕐᑎᓯᒍᑎᑦᓴᒥᓂᒃ ᓂᕈᐊᕐᓯᒪᓚᐅᔪᖅ ᐅᕕᒃᑯᑦ ᓂᕿᑦᓯᐊᕗᒪᖅᑲᑦᑕᓪᓚᕐᒪᑎᓪᓗᒥᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᓇᐅᑉ ᐊᕐᕋᒍᓕᒫᕐᒪᓂᑦ. ᐃᓕᓐᓂᐊᕖᑦ ᖃᓄᐃᙱᓯᐊᕈᑎᑦᓴᖃᓕᐅᑎᒍᑎᓄᑦ ᒪᓂᔨᒍᑎᒃ ᐊᓯᑦᔨᒥᐊᕐᑕᐅᓛᕐᑐᖅ ᐃᓚᐅᓕᐅᒥᓂᕐᓴᐅᕐᑯᒍᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᕖᑦ.

ᑯᐯᒻᒥ ᐅᓪᓛᕆᒥᑕᖅᑲᕐᑎᓯᔾᔪᑦ ᑎᒥᕐᑯᑎᖓ

ᐅᓪᓗᒥ, ᐃᓕᓐᓂᐊᕖᑦ ᐊᒥᓱᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐅᓪᓛᕆᒥᑕᕐᑎᓯᓲᕐᒍᓕᕐᒪᑕ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᓂᒃ ᑭᖕᒎᒪᒥᔭᕐᒥᓐᓂᒃ ᓇᐊᕐᑲᑐᐊᕐᒪᑕ (ᓂᓇᑦᓯᐊᕐᑲᑦᑕᓇᐊᕐᑲᕐᓂᖅ, ᓂᕿᑦᓯᐊᕗᒪᒥᐊᕐᑲᕐᓂᖅ). ᐊᑦᔨᒦᖕᒥᑐᓂᒃ ᓂᓇᑎᑕᐅᓲᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᑦ ᐱᐅᓯᕐᒪ ᒪᓕᑦᓯᒍ (ᖃᓚᓯᒪᔭᐃᑦ ᖃᓚᓯᒪᖕᒥᑐᐃᓪᓗ ᓂᕿᑦ, ᓂᓇᑎᑦᓯᒍᑎᐅᑦᓯᑎᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᕖᑦ ᖃᓇᐊᕐᒥᓐ, ᐃᒪᓕᕐᒥᓐᓂ ᐅᕐᑯᒻᒥᓗᒪᑦᓴᐅᓯᑎᓪᓗ.). ᑕᐃᒪᓂ ᐊᕐᕿᒍᒥ, ᓯᑕᒪᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᕖᑦ ᐃᓚᐅᕕᕐᑲᓚᐅᔪᑦ ᑯᐯᒻ ᐅᓪᓛᕆᒥᑕᖅᑲᕐᑎᓯᔾᔪᑦ ᑎᒥᕐᑯᑎᖓᓄᑦ, ᐃᓕᓐᓂᐊᕖᑦ ᐃᓚᖓ ᐃᓚᐅᒥᐅᑦᓯᐊᓯᓂ.

ᑐᑭᒧᐊᑎᓯᔨ ᐱᓇᓱᑎᑖᕆᔪᑐᐊᕐᒪᑦ ᓄᓇᕐᑲᕐᑳᓯᒪᔪᓄᐊᕐᒪᔪᒧᑦ ᐱᓇᓱᐊᕋᑦᓴᕐᒥᓂ ᑯᐯᒻ ᐅᓪᓛᕆᒥᑕᖅᑲᕐᑎᓯᔾᔪᑦ ᑎᒥᕐᑯᑎᖓᓂᑦ, ᑖᒃᑯᓇᖕᒪᑦ ᐱᑦᔪᔭᐅᒍᑎᓂᒃ ᐱᒍᓐᓇᓯᓂᖅ ᐊᕐᒥᔪᒻᒪᓇᒻᒥᒃ ᐱᕋᓪᓚᓇᕐᓂᓴᐅᓕᓕᐅᔪᖅ. ᑐᑭᒧᐊᑎᓯᔨ ᑖᒃᑯᒧᑦ ᑲᑎᔭᕕᓂᖕᓯᒍ, ᐊᕐᒥᕆᑎᐅᓚᐅᔪᖅ ᐅᓪᓛᕆᒥᑕᖅᑲᕐᑎᓯᔾᔪᑦ ᑎᒥᕐᑯᑎᖓ ᓄᐃᑦᓯᓕᕋ3ᑎᓗᒍ ᓄᑖᒥᒃ ᐅᓪᓛᕆᒥᑕᖅᑲᕐᑎᓯᓂᕐᒧᑦ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᒥᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᓐᓂ ᐱᖓᓱᓂᒃ ᓄᓇᕕᒻᒦᑐᓂᒃ 2011-2012 ᐊᕐᕌᒍᖓᓂᑦ.

ᓯᕗᓪᓕᐹᖅ ᐊᕝᕕᓕᐅᔪᖅ ᑰᑦᔪᐊᒥ ᐃᓚᐅᕕᓃᓪᓗ ᑕᒪᑐᒧᖓ (ᑲᑎᕕᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᓕᕆᓂᖅ, ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ, ᑐᑭᒧᐊᑎᓯᔨᖓ ᓄᓇᕐᑲᕐᑳᓯᒪᔪᓄᐊᕐᒪᔪᓄᑦ ᐱᓇᓱᐊᕋᑦᓴᓕᕆᔨ ᑯᐯᒻ ᐅᓪᓛᕆᒥᑕᖅᑲᕐᑎᓯᔾᔪᑦ ᑎᒥᕐᑯᑎᖓᓂᑦ) ᐋᔨᕐᑲᑎᕆᑦᓯᑎᒃ ᑭᐅᑦᔪᑎᑦᓴᓂᒃ ᕿᒥᕐᕈᕐᑲᑎᕆᓂᓄᑦ.

- ᐅᓪᓛᕆᒥᑕᕐᑎᓯᔾᔪᑦ ᖃᓄᐃᓘᕐᑎᐅᕐᑲᑎᐅᕚᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐱᕙᓪᓕᐊᑎᑦᓯᓂᕐᒥᓄᑦ ᐱᒍᑦᔨᒍᑎᑦᓴᓂᒃ ᓄᓇᓕᓐᓂ?
- ᓄᓇᓖᑦ, ᐃᓕᓴᕐᓂᓕᕆᔩᑦ, ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᓕᕆᓂᐅᑉ ᑭᒡᒐᑐᕐᑎᖏᑦ, ᐊᖏᔪᕐᑲᕐᓇᔭᐅᔪᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᔩᓪᓗ ᖃᓄᕐᓕ ᐃᓯᒪᕙᑦ ᐅᓪᓗᓛᕆᒥᑦᑎᓯᓂᐅᓲᒥᒃ?
- ᖃᓄᐃᓘᕐᒥᐊᓪᓚᕈᓐᓇᕿᑖ ᑲᔪᕐᒥᕐᓴᓂᒃᑯᑦ ᐊᖏᔪᕐᑲᕐᓇᔭᐅᔪᓂᒃ ᑲᒪᒋᔭᑦᓴᔭᕐᕐᑲᑎᐅᒥᐊᕐᑲᕐᓂᕐᒥᓐᓄᑦ ᐃᓚᐅᕕᕐᑲᓇᐊᕐᑲᕐᓂᕐᒥᓐᓄᓗ ᓄᐃᑦᓯᒍᑎᐅᓯᒪᐊᕐᓂᕐᒥᓐᓄᑦ ᐱᖓᓱᑦ ᐅᓪᓛᕆᒥᑦᑎᓯᔾᔪᑦ ᑎᒥᕐᑯᑎᖏᑦ 2011-2012-ᒥ?

ᐊᐱᕐᓲᑏᑦ ᖃᓄᐃᓕᒥᐊᕈᑎᐅᓚᐅᔪᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᓄᐊᖓᔪᓄᑦ ᐊᐅᓚᒃᓯᓇᐊᕈᑎᐅᑦᓯᑎᒃ::

- ᓅᓪᓕᑎᕐᓯᒪᔪᖅ ᑐᓴᕐᑎᓯᒍᑎᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᕕᐅᑉ ᐊᕐᖂᒍᑕᒫᕐᓯᐅᑎᖓᑕ ᑲᑎᒪᓂᒻᒪᕆᖓᓂᑦ;
- ᑲᑎᕕᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᓕᕆᓂᐅᑉ ᑭᒡᒐᑐᕐᑎᖏᓐᓂᒃ ᖃᐅᔨᒥᐊᕐᕕᖃᕐᓂᑯᑦ;
- ᓄᓇᓕᖕᓂ ᓯᑕᒪᐅᔪᖕᖏᒪᕐᑐᓂ ᖃᐅᔨᓴᕐᓂᖅ (ᐱᑕᖃᕇᕐᑐᓂᒃ ᓄᐃᑕᐅᕕᐅᓛᕐᑐᓂᓪ ᓅᓂᑦ ᐅᓪᓚᕈᒥᑕᕐᑎᓯᓂᕐᒥᒃ).

ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᔨᖓ ᓄᓇᖃᖅᑳᓯᒪᔪᓄᐊᖓᔪᒧᑦ ᐱᓇᓱᐊᕿᑦᓴᖏᓐᓂ ᐅᖄᓚᐅᑎᒃᑯᑦ ᑲᑎᒪᖃᑎᐅᓚᐅᔪᖅ ᑯᐯᒻ ᐅᓪᓚᕈᒥᑕᖃᕐᑎᓯᔨᑦ ᑎᒥᖁᑎᖓᓂᑦ ᑐᓴᕐᑎᓯᓛᕐᑎᓗᒍ ᖁᓛᓂ ᑌᔭᐅᔪᓄᑦ ᐊᕐᖂᒍᒍᑦ ᐃᖏᕐᖁᓯᑎᑕᐅᒥᐊᕈᒫᕐᑐᓂᒃ.

ᑖᒃᑯᐊ ᐊᔪᐃᓐᓇᐅᔨᒍᑎᐅᒪᓗᐊᕐᑎᓗᒥᑦ ᐃᓘᓐᓀᓄᑦ, ᐱᖓᓱᑦ ᓄᓇᓖᑦ ᐱᕙᓪᓕᕐᑯᑎᒥᓖᕐᑕᖓ ᐊᕐᖂᒍ ᐅᒥᐅᔭᒥ, ᐃᕗᔨᕕᒻᒥ ᑕᓯᐅᔭᒥᓪᓗ. ᐱᖓᓯᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᑦ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐃᒣᓕᖕᒪᐅᑏᑦ ᒪᓕᒐᖏᓐᓄᑦ ᓈᒻᒪᒋᔭᐅᓯᒪᒐᒥᒃ, ᑐᑭᑖᕈᑎᒧᑦ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᒍᑎᖃᕐᓯᓂ ᐃᓕᓴᓂᓕᕆᔩᑦ ᐊᓂᒎᑎᓯᒪᔭᖓᓄᑦ ᐱᒍᓐᓇᓚᓇᔪᑦ ᑕᒪᑐᒥᖓ. ᑯᐯᒃ ᐅᓪᓚᕈᒥᑕᖃᕐᑎᓯᔨᑦ ᑎᒥᖁᑎᖓ ᐃᓚᐳᑎᑦᓯᖁᔨᓯᒪᔪᖅ ᑲᕙᒫᐱᒃᑯᑦ ᑲᑎᖕᖓᔭᖏᑦᑕ ᑐᑭᑖᕈᑎᖓᓂᒃ ᓄᓇᓕᐅᑉ ᐃᓄᖁᑎᖏᑦ ᐃᓚᐅᕕᖃᕐᑯᒧᑦ ᐱᒍᑦᔨᖃᑎᐅᓗᑎᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᓂᒃ ᐱᐊᕿᕐᓂᒃ.

ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᒍᑎᑦᓴᖓ ᐱᑕᖃᕇᕐᑐᑦ ᓄᐃᑕᐅᒍᒫᕐᑐᐃᓗ ᐅᓪᓚᕈᒥᑕᕐᑎᓯᔨᑦ ᐱᓇᓱᐊᖃᑎᒌᒍᑕᐅᓚᖓᔪᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᓐᓄᑦ, ᓄᓇᓕᓐᓄᑦ, ᑯᐯᒃ ᐅᓪᓚᕈᒥᑕᖃᕐᑎᓯᔨᑦ ᑎᒥᖁᑎᖓᓄᑦ, ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᕕᒻᒧᑦ ᑲᑎᕕᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᓕᕆᓂᕐᒧᓗ.

ᐯᕐᓯᕖᑦ

ᓂᕿᑦᓯᐊᑑᒪᑎᑦᓯᒍᑏᑦ ᐯᕐᓯᕕᓐᓂ

ᓂᕿᑦᓯᐊᑑᒪᑎᑦᓯᒍᑎᓄᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᔪᖅ ᐯᓯᕕᓐᓂ ᑐᖂᕐᓂᓕᐅᕈᑎᐅᓯᒪᔪᖅ ᐱᐊᕋᐅᑉ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᓇᐊᖃᕐᓂᖓᓂᒃ ᓂᕿᑦᓯᐊᑑᒪᖃᑦᑕᓇᐊᖃᕐᓂᖓᓂᓪᓗ. ᑖᓐᓇ ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᔪᖅ ᑲᑐᑦᔨᖃᑎᒌᒍᑎᐅᔪᖅ ᑲᑎᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᕙᒪᖓᓄᑦ, ᓚᕚᓪ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᕐᔪᐊᖓᑕ ᖃᐅᔨᓴᕐᑎᖏᓐᓄᑦ ᓇᐅᓕᒫᑦ ᓂᕿᑦᓯᐊᑑᒪᒥᐊᖃᕐᓂᖏᓐᓄᑦ, ᑲᑎᕕᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᕕᒻᒧᑦ.

ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᓂᖓ ᐊᑐᓕᕐᑐᖅ 2004-ᒥᓂᑦ. ᐱᐊᓃᑦ ᐯᕐᓯᕕᒻᒦᔩᑦ ᓂᕆᑎᑕᐅᔩᑦ ᓯᓇᒥᑦᑐᓂᒃ ᐅᖁᒻᒥᐅᓚᑦᓴᖃᕐᑎᑕᐅᔫᖑᑦᓯᑎᓗ ᐃᓚᖃᕐᒥᑎᓪᓗᒥᑦ ᐃᓄᓕᕐᑕᓂᒃ ᓂᕿᑐᐃᓐᓇᓂᒃ ᓂᐅᕕᐊᑦᓴᓂᓪᓗ. ᐃᒐᔩᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᔩᖏᓪᓗ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑕᐅᓂᖃᔩᑦ ᐊᕐᖂᒍᑕᒫᑦ ᑲᑎᕕᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᓕᕆᓂᐅᑉ ᐃᒐᓂᕐᒥᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᔩᖏᓐᓄᑦ ᓂᕿᑦᓯᐊᓕᕆᔩᖏᓐᓄᓗ. ᓂᕿᑦᓯᐊᓅᓕᕐᒪᔪᓄᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᒍᑏᑦ ᐅᐱᒃᑲᓄᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᒍᑎᐅᔩᖑᒻᒥᔪᑦ. 2006-ᒥᑦ 2011-ᒧᑦ, ᓂᕿᑦᓯᐊᑐᒪᑦᑎᓯᓂᐅᑉ ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᓂᖓ ᐃᓚᖃᕐᒥᔪᖅ ᖃᐅᔨᓴᕐᓂᒥᒃ. ᑐᖂᕐᓂᖃᕐᓯᓂ ᑐᑭᓯᒪᐅᑎᑦᓴᓕᐅᕈᑎᑦᓴᓂᒃ ᐱᑐᑦᓯᒪᐅᑎᓂᖏᓐᓄᑦ ᐊᕙᑎᐅᑉ ᓯᒃᑯᓇᕐᑐᑦᑕᖃᕐᓂᖓᓄᑦ, ᓂᕿᑦᓯᐊᑑᒪᖃᑦᑕᕋᓗᐊᕐᒪᖔᑕ ᖃᓄᓪᓗᐊᑎᒥᓪᓗ ᐱᐊᓃᑦ ᑎᒥᖏᑦ ᓂᕿᑦᓯᐊᑑᒪᓕᓂᐅᒐᓗᐊᕐᒪᖔᑕ ᐯᕐᓯᕕᒻᒦᔩᑦ.

ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ ᓴᐳᑦᔨᓯᒪᔪᖅ ᐊᑦᔨᒦᖕᒥᑐᑎᒍᑦ ᑕᒃᑯᓇ:

- ᐱᓇᓱᐊᖁᑦᓴᖅᑲᖅᑎᓯᓂᖅ ᐱᓇᓱᑦᑎ ᑎᒃᑯᐊᑕᐅᓯᒪᔪᖅ ᑰᑦᔪᐊᖁᐱᓪᒥ ᐱᓇᓱᓐᓂᐅᓗᓂ: ᐅᐱᕐᖓᓴᖓᓂᑦ 2010-ᒥ, ᐱᓇᓱᑦᑎ ᐃᑉᐱᒋᔭᐅᑦᓯᓂ ᓚᕿᓪ ᐃᓕᓐᓂᐊᕖᖅᔪᐊᖓᑕ ᖃᐅᔨᓴᖅᑎᕐᒥᓄᑦ ᓂᕿᑦᓯᐊᑑᒪᒥᖅᑲᓂᕐᒥᓄᑦ ᓇᐅᓖᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔨᕕᓪᒍᑦ ᖃᐅᔨᓴᓚᐅᔪᖅ ᓯᓂᑦ ᐱᐊᓗᑦ ᐯᖅᓯᕙᓐᓂ ᓂᓇᔭᒥᓂᒃ ᓯᓇᓂᒃ ᓂᕆᖅᑲᑦᑕᓂᖕᒥᒪᕐᓛᑖ;
- ᐸᖅᓅᑏᑦ ᑲᑎᒪᔩᖕᒥᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᔪᒍᑦ: ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ ᑭᓪᓚᑐᖅᑎᓕᒃ ᐸᖅᓅᑏᑦ ᑲᑎᒪᔩᖕᒥᓐᓄᑦ ᐯᖅᓯᕚᑦ ᓂᕿᑦᓯᐊᖅᑲᖅᑎᓯᓂᖅᑐᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᖕᒥᓐᓂ; ᓯᓕ, ᑲᑎᒪᓂᖅ ᐊᑑᑎᓚᐅᔪᖅ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑕᐅᓂᖅᑲᖅᑎᓗᒥᑦ ᐯᖅᓯᕚᑦ ᐃᓚᔩᖕᒥᑦ ᐃᓄᒃᔪᐊᒥ ᐅᐱᕐᖓᓴᖓᓂ 2010.
- ᑲᑎᕝᕕᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᓕᕆᓂᐅᑉ ᐱᓇᓱᑦᑎᖕᒥᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑕᐅᓂᖓ: ᐅᑭᐅᒥ 2011-ᖑᑎᓪᓗ, ᑰᑦᔪᐊᒥ, ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᓂᖅ ᐊᑑᑎᓚᐅᔪᖅ ᐅᓪᓗᓕᒫᑉ ᕿᑎᖅᑲᖓᓄᓪᓗ ᓂᕿᑦᓯᐊᓂᒃ ᐃᓚᓂᖅᒍᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᕋᑦᑕᖕᒥᑐᓄᑦ ᑐᖁᖕᓚᔪᓂᒃ ᐃᓛᖕᒉᖅᑎᖕᒥᑦ ᑲᑎᕝᕕᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᓕᕆᓂᐅᑉ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑕᐅᑦᓯᑎᒃ ᐯᖅᓯᕚᑦ ᓂᕿᑦᓯᐊᖅᑲᖅᑎᑕᐅᓂᖕᒥᓐᓄᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᒥᓄᑦ.
- ᓂᕿᓕᐅᕈᓯᖅᓄᑦ ᑐᑭᒧᐊᒍᑏᑦ ᐊᑐᐊᒉᑦ: ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ ᖃᐅᔨᒥᐊᖅᕕᐅᓚᐅᔪᖅ ᐊᑐᐊᓚᖅ ᓂᕿᓕᐅᕈᓯᖅᓄᑦ ᑐᑭᒧᐊᒍᑎᒃ ᓴᓇᔭᐅᕙᓪᓕᐊᓕᖅᑎᓗᒍ ᑐᖕᖓᕕᖅᑲᖅᓯᓂ ᓂᕿᓂᒃ ᐃᓚᔭᐅᔨᓂᒃ ᐯᖅᓯᕙᓐᓂ. ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ, ᐱᓇᓱᐊᖃᑎᖃᓚᐅᔪᖅ ᓚᕿᓪ ᐃᓕᓐᓂᐊᖅᔪᐊᖓ ᑲᑎᕝᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᕙᒪᖓᓗ ᐆᑦᑐᖁᖅᑲᑎᒥᑦᓯᒥᑦ ᐃᓚᒦᓂᑦ ᓂᕿᓂᒃ ᐃᓚᓯᒪᔪᓂᒃ ᐊᑐᖅᑕᐅᓚᔭᖅᑐᓂᒃ ᐊᐊᓚᓕᐅᖅᓂᒍᑦ ᓂᕿᓕᐅᕈᓰᑦ ᑐᑭᒧᐊᒍᑎᖕᒥᓂᒃ ᓇᒻᒪᓈᑦᓯᐊᖁᔭᖅᑐᓂᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᓄᑦ.

ᓄᓇᓕᓐᓂ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᖅᓂᓕᕆᒍᑎᑦᓴᑦ

ᐱᐅᒃᑯᑏᑦ ᐊᑐᖅᑕᐅᒍᓐᓇᑐᑦ ᐃᖁᓕᓴᐅᑎᐅᓗᑎᒃ ᐱᖕᖑᐊᕈᑎᐅᓗᑎᓗ

ᐱᐅᒃᑯᑎᓄᐊᖅᑲᔪᓄᑦ, ᐱᐅᔫᓗᑎᒃ ᐅᓄᖅᓂᖕᒥᑦᓗ ᓈᒻᒪᓯᐊᖅᑐᑎᒃ, ᑌᒉᒥᐊᖅᑲᖅᒪᑕ ᐱᓂᐊᖅᓂᖅᑲᖅᑎᓯᒍᑏᑦ ᐊᑑᑎᑎᑕᐅᓂᐊᓕᖅᒪᑕ. ᑖᑉᐸᓂ ᐊᖅᑰᒍᒥ, ᐃᓗᓯᓕᕆᕕᒃ ᐊᐅᐸᓘᖅ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᖕᒐᓂᑦ ᓂᐅᕕᕈᑦᐳᓚᐅᔪᖅ 36-ᓂᒃ ᑕᓪᓗᓕᒪᐅᑎᓂᒃ, ᓂᐅᕕᐊᓇᔭᐅᖅᑳᓯᒪᔪᑦ ᑰᑦᔪᐊᑉ ᐱᖕᖑᐊᕕᖕᒐᓂᑦ ᐱᐅᒃᑯᑎᑦᓴᑦ ᐃᓚᖕᒥᓐᓄᑦ, ᑰᑦᔪᐊᓗ ᓄᒃᑯᓴᖅᕕᖕᒐᓂᒃ ᐃᑲᔪᖅᓯᒥᑦᓯᓂ ᓄᒃᑭᓴᐅᑏᑦ ᐊᑕᐅᓯᐅᖕᒥᑐᑦ ᓂᐅᕕᖅᑕᐅᓯᑎᒃ ᐃᓄᒃᔪᐊᓗ ᐃᓚᒦᑦ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᕕᖕᒐᓂᑦ ᐃᖁᓕᓴᐅᑎᓂᒃ ᓂᐅᕕᕈᖅᐳᒥᑦᓯᑎ.

ᐃᓚᒦᓂᑦ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᖅᓂᓕᕆᒍᑎᑦᓴᑦ

ᑐᐹᑭᐅᑉ ᐳᔪᖕᓚᓄᑦ ᑐᖕᒍᔪᐊᖕᓚᔪᒍᑦ ᓯᖁᑕᐅᑦᑌᓕᑎᑦᓯᓚᓯᐊᖅᓂᒍᑦ ᖃᐅᔨᓴᐅᑎᑦᓯᓚᓯᐊᕈᑎ

ᑐᐹᑭᐅᑉ ᐳᔪᖕᓚᓄᑦ ᑐᖕᒍᔪᐊᖕᓚᔪᒍᑦ ᓯᖁᑕᐅᑦᑌᓕᑎᑦᓯᓚᓯᐊᖅᓂᒍᑦ ᖃᐅᔨᓴᐅᑎᑦᓯᓚᓯᐊᕈᑎ ᐱᒥᐊᖅᑎᑕᐅᓯᒪᔪᖅ ᐃᓄᐃᑦ ᑕᐱᓈᑦ ᑲᓇᑕᒥ ᑎᒥᖅᑯᑎᖕᓚᓄᑦ ᑐᖅᑰᖅᓂᓕᐅᕈᑎᒥᑦᓯᒍ ᐃᑯᓪᓚᑎᑦᓯᓚᓯᐊᖅᓂᖅ ᐊᓂᖁᓇᓴᐅᔪᓂᑦ ᑐᐹᑭᒥᐊᖅᑲᖕᒥᓂᖅᒥᒃ. ᑐᐹᑭᐅᑉ ᐳᔪᖕᓚᓄᑦ ᑐᖕᒍᔪᐊᖕᓚᔪᒍᑦ ᓯᖁᑕᐅᑦᑌᓕᑎᑦᓯᓚᓯᐊᖅᓂᒍᑦ ᖃᐅᔨᓴᐅᑎᑦᓯᓚᓯᐊᕈᑎ ᐱᒥᐊᖅᑎᑕᐅᓯᒪᔪᖅ

ᓱᕋᓪᓕᕉᑦᓱᐊᒥ ᓄᓇᕕᒻᒥ 2005-ᖑᑎᓪᓗᒍ ᐆᑦᑐᕋᐅᑎᐅᑦᓱᓂ ᐸᓇᓱᐊᕋᑦᓴᓂᐊᖑᓱᒪᔪᖅ ᓄᓇᕗᓐᓂ ᐱᙳᓱᓂᑦ. ᐅᒫᙵᓂᑦ, ᐃᕐᑳᑎᑦᑕᐅᓱᒪᔪᖅ ᐱᙳᓱᓄᑦ ᓄᓇᖃᕐᕕᖕᒥᓐᓄᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᓄᓇᕕᐅᑉ ᓱᓚᑖᓂ. 2010-2011-ᒥ, ᓱᑕᐅᒪᐅᔪᙱᒪᕐᑐᑦ ᓄᓈᑦ ᐃᓚᐅᕕᖃᓚᐅᔪᑦ ᑕᒪᑐᒥᖓ ᓄᓇᕕᒻᒥ. ᐃᓚᐅᕕᓃᑦ ᐊᓂᕐᕋᐅᔪᑦ ᑐᑭᑖᕈᑎᒥᓂᒃ ᑐᓴᕐᑎᓱᒥᐊᖃᕐᓱᑎᒃ ᐊᓂᕐᕋᒥᓂᑦ ᑐᑳᑭᖃᑦᑕᓚᖓᒍᓐᓂᕋᕐᓱᑎᒃ. ᐁᑦᑐᑕᐅᖃᑦᑕᓱᑎᓗ ᑐᖑᔪᐊᖓᔪᒥᒃ ᐳᓪᓚᒥ ᐃᑯᒪᒥᒃ ᓱᓚᒦᓐᓂᐊᓕᕐᑎᓗᒍ ᑐᕐᓲᑉ ᐃᑯᒪᖓᓂᑦ ᓄᐃᑕᑎᑦᓱᒍᑎᑦᓱᓂᓗ ᑐᑳᑭᕝᕕᐅᖃᔭᙱᒥᒥᐊᖓ ᐊᓂᕐᕋᖓ. ᐃᓚᐅᔪᒪᔪᑦ ᐊᓂᕐᕋᐅᔪᑦ ᐊᐱᕐᓲᑎᒥᑦ ᑕᑦᓴᒥᐊᖃᕐᓲᑦ ᐱᒥᐊᓚᖓᓕᑐᐊᕋᒥᒃ. ᐃᓄᐃᑦ ᑕᐱᓈᑦ ᑲᓚᑕᒥ ᑎᒥᕐᑯᑎᖓ ᖃᐅᔨᓴᕐᑎᐅᓲᖅ ᖃᓄᐃᓕᖓᐅᑎᖕᒥᓐᓂᒃ ᓄᓇᖃᕐᕕᐅᔪᓂᓪᓗ ᑐᓴᕐᑎᓱᒍᑎᒥᓂᒃ ᐱᑎᑦᓱᓲᖑᑦᓱᓂ.

ᓄᓈᑦ ᐊᐅᓚᑦᔭᓇᐊᓪᓚᓇᐊᖃᕐᓂᖕᒥᓐᓂᒃ ᕋᓪᓚᑐᐃᓂᖅ (ᐱᑦᔪᑎᖓ: ᓄᓈᑦ)

ᖃᓄᐃᙱᒥᓱᐊᓇᐊᖃᕐᓂᒥᒃ ᕋᓪᓚᑐᐃᒍᑏᑦ ᑲᔪᙱᕐᓴᒍᑎᐅᓲᖑᒻᒪᑕ ᓴᐳᒻᒥᒍᑎᐅᑦᓱᑎᓗ ᐊᑐᕐᓂᖃᕐᓱᐊᑐᒃᑯᑦ ᐊᑯᓓᑦᑐᒥᒃ ᐃᓚᐅᓂᖃᑦᓱᐊᓂᖕᒥᒍᑦ ᓄᓈᑦ ᑐᑭᐊᒍᑦ ᓱᕋᓪᓕᐅᔭᐅᒥᐊᓖᑦ. ᑐᑭᑖᓇᓃᑦ ᐱᕙᓪᓕᐊᑎᑦᓱᓂᒃᑯᑦ ᐊᑐᓕᕐᑎᓱᓂᒃᑯᓗ ᐸᕐᓇᓱᒪᐅᑎᑦ ᐋᕿᓱᒪᐅᑎᖕᒥᓐᓂᒃ ᑎᒥᐅᑉ ᖃᓄᐃᙱᒥᓱᐊᓇᐊᖃᕐᓂᖓ ᐱᑦᔪᑎᒥᓗᒍ.

ᐊᐅᓚᑦᔭᕈᑎᓄᑦ ᑮᓇᐅᔭᑎᒍᓪᓗ ᓴᐳᑦᔨᓱᒪᓂᖅ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐱᓂᐊᕐᓂᖃᑎᕐᓱᒍᑎᓄᑦ

ᑲᑐᑦᔨᖃᑎᒌᓕᐅᒥᕐᑯᓄᑦ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐸᓇᓱᑏᑦ ᓄᓈᓪᓗ ᐊᐅᓚᑦᔭᓇᐊᕐᑯᒍᑦ ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓱᓕᓇᓂᕐᒍᐊᖓᔪᑎᒍᑦ. ᑮᓇᐅᔦᖅ ᒪᓕᒋᒍᑎᐅᓱᒪᔪᑦ ᐸᓇᓱᐊᖃᑎᒌᓱᓄᑦ ᐱᓂᐊᕐᓂᖃᑎᓱᒍᒪᕙᑕ ᐊᑐᖃᑦᑕᓂᐊᕐᑕᖕᒥᓐᓂᒃ. ᐸᓇᓱᐊᖃᑎᐅᕚᑦᑐᑦ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᓂᖓ ᐸᕐᓂᓐᓂᒃᑯᑦ ᓇᐅᑦᓱᑐᐃᓐᓂᒃᑯᓗ ᐱᓂᐊᕐᓂᐅᔪᓐᓂᒃ ᖃᓄᐃᙱᒥᓱᐊᓂᓕᓇᓂᕐᒍᑦ ᐅᓪᓗᕐᑯᑏᑦ ᒪᓕᓪᓗᒥᑦ, ᐃᑲᔪᕐᓱᒪᐅᑎᑦᓴᑦ ᐋᕿᓱᕐᑕᐅᓱᒪᔪᑦ (ᐱᓂᐊᕐᓂᖃᕈᑎᐅᒍᓐᓇᑐᓄᑦ ᐊᓪᓚᓱᒪᐅᑏᑦ, ᐊᑭᓐᓇᒥᐅᑌᑦ, ᖃᐅᔨᒪᐅᑎᑦᓴᑦ ᐊᓪᓚᓱᒪᔪᑦ, ᓈᓚᐅᑎᒃᑯᑦ ᑐᓴᕋᑦᓴᑦ, ᑐᑦᓱᕋᐅᑏᑦ ᑕᑕᕐᓴᕆᑦ ᐸᓇᓱᐊᕐᑕᐅᔪᕕᓂᕐᓄᓗ ᑐᓴᕐᑎᓱᒍᑏᑦ) ᐃᒻᒥᒎᓈᕐᑎᑐᐃᓐᓗ ᖃᐅᔨᒥᐊᕐᕕᐅᖃᑦᑕᓱᑎᒃ ᓇᐊᖃᑐᐊᕐᒪᑕ.

ᑲᓇᑕᒥ ᐱᙳᐊᓂᕐᓄᑦ ᐃᕿᓕᓴᕐᓂᓄᓪᓗ ᐅᓪᓗᖃᕐᑎᑕᐅᓂᖓ, 2010

ᓱᕋᓪᓕᕉᑦᓱᐊᖑᑦᓱᓂ ᐊᕐᕈᖓ. ᐱᓂᐊᕐᓂᖃᕐᑎᓱᓂᖅ ᐊᑑᑎᑎᑕᐅᓚᐅᔪᖅ ᑰᑦᔪᐊᒥ ᕋᓪᓚᑐᐃᓂᕐᒧᑦ ᐃᕿᓕᓴᕐᓂᒥᒃ ᐊᑭᒪᔫᑎᓂᐅᒪᓂ ᐊᓕᐊᓇᕐᑑᒪᓱᐊᕐᑎᑕᐅᑦᓱᓂᓗ. ᑖᓐᓇ ᐅᓪᓗᖅ ᐱᒥᐊᕐᑎᑕᐅᓱᒪᔪᖅ ᐱᙳᐊᓅᑦ ᐃᕿᓕᓴᕐᓅᓗ ᑕᕐᕿᓕᐅᕐᑕᐅᓱᒪᓂᖓᓄᑦ (ᒣᒥ). ᐃᓚᐅᕐᑯᕈᒍᑎᒃ ᑐᓴᕋᑦᓴᑎᑕᐅᖃᑦᑕᓚᐅᔪᖅ ᓈᓚᐅᑎᒃᑯᑦ: 50 ᒥᑦᓱᑎᓐᓂ ᐃᓄᐃᑦ ᐃᓚᐅᕕᖃᓚᐅᔪᑦ 15-ᒥᓂᑦᓱᓄᑦ ᐃᕿᓕᓴᕐᓂᒥᒃ ᐊᓱᐃᓛ ᐅᕐᑯᒻᒥᓗᖃᑎᒦᓱᑦᓱᑎᒃ ᓂᕿᑦᓱᐊᓂᒃ. ᐱᓂᐊᕐᓂᒨᓕᖓᔪᒧᑦ, ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᑐᓴᕐᑎᓱᒍᑎᒃ ᑎᒥᐅᔪᓕᒫᓄᑦ ᑐᓂᔭᐅᓚᐅᔪᖅ ᓲᐲᓲᒃᑯᓗ ᑐᓴᕐᓴᐅᑎᑕᐅᑦᓱᓂ. ᑲᔪᓯᑦᓱᐊᓚᐅᔪᖅ ᐱᓂᐊᕐᓂᖃᕐᑎᓱᓂᖅ.

ᓱᓚᕐᔪᐊᓕᒫᒥ ᐱᐊᕘᑦ ᐅᓪᓗᖃᕐᑎᑕᐅᓂᖓ, 2010

ᓇᓪᓕᐅᓂᕐᓱᐅᕈᑎᒥᑦᓱᒍ ᓱᓚᐅᕐᔪᐊᒥ ᐱᐊᕘᑦ ᐅᓪᓗᖃᕐᑎᑕᐅᓂᖓ ᓅᕕᒻᐱᓇ 20, 2010-ᒥ, ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓱᓕᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓐᓃᑐᓂ ᓄᓇᕕᒻᒥᓗ ᐸᓇᓱᐊᖃᑎᒥᐅᑦᑕᒥᓂᒃ ᐃᓇᓱᐊᖃᑎᖃᓚᐅᔪᖅ ᓇᓪᓕᐅᓂᕐᓱᐅᓂᕐᒧᑦ ᑲᑎᑦᑕᕕᒻᒥ ᑰᑦᔪᐊᒥ. 200 ᒥᑦᓱᑎᓐᓃᑐᑦ ᐱᐊᕘᑦ ᐁᓚᐅᔪᑦ ᓇᓪᓕᐅᓂᕐᓱᐅᓂᕐᒧᑦ (ᑖᓂᓱᕐᓂᖅ, ᓂᑦᔭᓗᑦᑖᓂᖅ, ᐱᐅᓴᕐᑕᐅᓂᖅ, ᑕᕐᕿᓕᔫᕐᑎᑕᐅᓂᖅ),

ᓄᐃᑕᑎᓯᑦᒍᑎᐅᑦᓯᓂ ᐱᐊᕗᑦ ᐱᒻᒪᕆᐅᓂᖕᒥᓐᓂᒃ; ᓂᕆᑎᑕᐅᑦᓯᑎᓗ. ᓇᐅᓕᒦᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᓇᓯᑦᑎᖕᒥᑦ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᓚᐅᔪᑦ ᓂᕐᑭᒥᔭᐅᓚᖕᖓᔪᓂᒃ ᓇᓗᓃᕐᓯᓂᒃᑯᑦ ᓂᕐᑭᑦᓯᐊᖕᒍᒥᐊᓕᓐᓂᒃ (ᐱᕈᕐᑐᐃᑦ, ᐃᒻᒍᑯᓗᑦᓴᑦ, ᓂᕐᑭᑐᐃᓐᓄᑦ, ᐊᓯᖕᒥᓪᓗ). ᐱᓇᓯᑦᑏᑦ ᑲᑎᒪᓂᐊᕈᓯᕐᑲᕐᑎᓯᓚᐅᔪᒻᒥᔪᑦ ᐱᕈᕐᑐᓂᒃ ᓰᕐᓇᓂᕐᓴᓂᒃ ᐅᐊᕈᑎᓕᐅᕐᓯᑎᒃ ᐅᕙᒃᑫᑦ 20-ᖓᓗᑦ ᐃᓚᐅᑎᓪᓗᒥᑦ.

ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐱᓗᑲᐅᑎᓂᖅ ᓄᖅᑲᑎᑕᐅᒪᓯᐊᕐᓂᖓ

ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐱᓗᑲᐅᑎᓂᕐᒥᒃ ᓄᖅᑲᑎᑦᓯᒪᓯᐊᕐᓂᖅ (ᓅᕕᒻᐱᕆ 25) ᐱᒥᐊᕐᑎᑕᐅᓯᒪᔪ6 ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᓕᒦᓂᒃ ᕐᑲᐅᔨᑎᑦᓯᒍᑎᐅᑦᓯᓂ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᕕᒻᒧᑦ ᐱᓇᓯᐊᕐᑲᑎᕐᑲᕐᓯᓂ ᓄᓈᑦ ᓄᓇᐱᐅᑦᓗ ᑎᒥᐅᔪᖕᒥᓐᓂᒃ. ᕐᑲᐅᔨᑎᑦᓯᓂᕐᒧᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᓂᒃ ᐊᑦᔨᒌᖕᖏᑐᑎᒍᑦ ᐱᓗᑲᐅᑎᓂᕐᑲᕈᓇᓇᐊᖓ ᓯᕗᓕᕐᑭᒍᓐᓇᓂᖕᖓᓂᓪᓗ ᐱᐊᕋᕐᓂᒃ, ᓴᐳᒻᒥᔨᐅᒍᓐᓇᑐᐃᓪᓗ ᑐᕌᕈᑎᖕᒥᓐᓂᒃ ᐱᑕᕐᑲᕐᑎᓯᓂᒃᑯᑦ ᐱᓗᑲᑦᑕᐅᔫᓄᑦ, ᐊᓪᓚᓯᒪᔪᖅ ᐊᓪᓛᕐᕕᓅᔭᐅᕐᑕᐅᓚᐅᔪᖅ ᐃᓗᓕᓕᒃ ᐅᑯᓂᖓ:

- ᐅᓪᓗᕐᑯᑏᑦ ᐊᓪᓚᖑᐊᕐᓯᒪᔪᕐᑲᕐᓯᑎᒃ ᐅᕐᑲᐅᓯᕐᑲᕐᓯᑎᓗ ᓴᓇᔭᐅᓯᒪᔪᑦ ᐃᓄᓐᓄᑦ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᓵᓚᕐᑲᐅᑎᐅᑖᑫᓯᐊᕈᑎᐅᓚᖕᖓᔪᓂᒃ ᐊᔫᑎᓚᐅᔪᖅ 2009-ᒥ (ᐅᓪᓗᕐᑯᑏᑦ ᐋᖅᑭᓯᕐᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᕕᒻᒧᑦ ᑲᑐᑦᔅᑲᑎᒥᔫᖕᒥᓐᓄᓗ);
- ᑮᓇᐅᔭᕐᑲᐅᑎᒧᑦ ᓈᒻᒪᑐᖅ ᓯᒃᑯᑦᓴᔮᐱᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᑎᒥᐅᔪᐃᑦ ᑐᕌᕈᑎᖕᒥᓐᓂᒃ ᐊᓪᓚᓯᒪᔪᕐᑕᓕᒃ (ᐋᖅᑭᓯᕐᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᕕᒻᒧᑦ ᑲᑐᑦᔅᑲᑎᒥᔫᖕᒥᓐᓄᓗ);
- ᐲᕈᑎᕐᑲᐅᑎᒃ (ᐃᑯᒫᐱᕐᑲᕐᓯᓂ ᕐᑯᕐᑯᐊᕈᑎᕐᑲᕐᓯᓂᓗ) ᓄᐃᑕᑎᑦᓯᔪᖅ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐊᕐᓄᑦ ᕐᑭᒫᕕᖕᒥᑦ ᓇᓅᓐᓂᖕᒥᓐᓄᑦ.

ᑐᓴᑫᑦᓴᑦ ᓈᓚᐅᑎᒃᑯᑦ ᑐᓴᕐᓴᐅᑎᑕᐅᓚᐅᔪᒻᒥᔪᑦ (ᑕᕐᑫᒥᐅᒃᑯᑦ ᓰᐹᓰᒃᑯᓗ) ᑯᑦᔪᐊᓗ ᒥᔅᕕᖕᒪᑕ ᑕᓚᕚᓴᖕᒪᓂᑦ ᓄᐃᑕᑎᑕᐅᑦᓯᓂ.

ᑲᑎᑦᓯᑎᒃ, ᓄᓇᓕᓐᓂ 12-ᓂᑦ ᐱᓂᐊᕐᓂᕐᑲᑎᓯᓅᑦ ᐊᔫᑎᓚᐅᔪᑦ (ᐱᓯᓐᓅᑦ, ᐅᕐᑲᐅᓯᑦᓴᕐᑲᕐᓅᑦ, ᑕᕐᑫᓕᔮᒥᒃ ᑕᑯᑦᓴᐅᑎᑦᓯᓅᑦ ᐋᔨᕐᑲᑎᒦᓐᓅᓗ, ᕐᑲᐅᔨᒪᐅᑎᑦᓴᓄᑦ ᑲᑎᒪᓂᐊᕈᓯᕐᑲᕐᑎᓯᓅᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᓐᓂ, ᓄᓈᑦ ᓂᕆᒻᒦᕐᑲᑎᒦᓐᓅᑦ, ᓇᓚᐅᑎᒃᑯᑦ ᐅᕐᑲᐅᓯᑦᓴᕐᑲᕐᓅᖅ, ᐊᓯᖕᒥᓪᓗ).

ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐁᑉᐸᓅᑦ ᕐᑲᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓗᑎᒃ ᐃᓅᕐᑲᑎᒦᒍᓐᓇᓇᐊᕐᑲᕐᓂᒧᑦ ᐱᓇᓯᐊᕈᓯᖓ 2011

ᐱᑦᔪᑎᒥᑦᓯᒍ ᐁᑉᐸᓅᑦ ᕐᑲᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓗᑎᒃ ᐃᓅᕐᑲᑎᒦᒍᓐᓇᓇᐊᕐᑲᕐᓂᒧᑦ ᐱᓇᓯᐊᕈᓯᖓ, ᕕᐳᐊᕆ 13-ᒥᑦ 19-ᒧᑦ, 2011-ᒥ, ᓇᐅᓕᒦᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔨᐅᑉ ᐱᓇᓯᑦᑎᖕᒥᑦ ᐱᓇᓯᐊᕐᑲᑎᕐᑲᓚᐅᔪᑦ ᑎᒥᐅᔪᑦ ᐃᓚᖕᒥᓐᓂ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᓂᒃ ᐁᑉᐸᓅᓐᓂᑯᑦ ᕐᑲᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓂᒦᑦᓗᑎᒃ ᐃᓅᕐᑲᑎᒦᒍᓐᓇᓇᐊᕐᑲᕐᓂᖕᒥᓐᓂᒃ. ᑕᒪᓐᓇ ᐱᑦᔪᑎᒥᑦᓯᒍ, ᑮᓇᐅᔭᕐᑲᕐᑎᓯᒍᑏᑦ ᐅᓄᕐᓂᓕᓐᓂᒃ $1000-ᓂᒃ ᒪᓂᔨᒍᑎᐅᓚᐅᔪᖅ ᐊᑯᓂᑦ ᓄᓇᓕᓐᓄᑦ ᕐᑲᐅᔨᒪᐅᑎᑦᓴᓗ ᓴᕐᕐᑭᑕᐅᑦᓯᑎᒃ ᑐᓂᐅᕐᕐᑲᑕᐅᔪᑦᓴᒫᑦ (ᑕᕐᑫᓕᔮᑦ ᐊᓯᖕᒥᓪᓗ ᐅᕐᑲᐅᓯᕆᔭᐅᕐᑲᑦᑕᑫᓐᓇᑐᑦ). ᐊᑭᒪᔫᑎᓂᖅ ᓵᓚᕐᑲᓕᐅᑎᒪᓯᐊᕐᓂᒧᑦ ᓄᐃᑕᐅᓚᐅᔪᖅ ᐊᐅᓚᑕᐅᑦᓯᓂᓗ ᑲᑎᕕᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᓕᕆᓂᖅ ᐃᓚᒥᔭᐅᑎᓪᓗᒍ ᐊᓪᓚᓯᒪᔪᕐᑕᓕᒃ ᑕᑯᒥᓇᕐᑐᑕᕐᑲᕐᓗᓂᓗ ᓄᐃᑕᑎᑦᓯᔪᖅ ᑐᑭᖕᒪᓂᒃ ᐁᑉᐸᓅᓐᓂᑯᑦ ᕐᑲᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓂᒥᒃ. ᑲᑎᑦᓯᑎᒃ, ᓯᑕᒪᐅᔪᕐᑐᑦ ᓄᓈᑦ ᐱᓂᐊᕐᓂᕐᑲᑎᓯᔪᕕᓂᐅᕐᑲᑦᑕᓚᐅᔪᑦ ᓄᓇᓕᒻᒥᓂ (ᐅᕐᑲᒥᐊᕐᓯᒪᔪᑦ, ᑕᕐᑫᓕᔮᑦ, ᐋᔨᕐᑲᑎᒦᓐᓅᑦ,

ᑮᑭᓕᐅᓕᐅᑎᓃᑦ, ᓂᕆᒻᒫᓃᑦ, ᓈᓚᐅᑎᒃᑯᑦ ᐅᖅᑲᑲᑦᑕᑎᑕᐅᓃᑦ, ᐊᓯᖏᓪᓗ.) ᐱᖓᓰᔭᖅᑐᐃᓗ ᐊᑭᒪᔭᓕᐅᑎᔭᑦ ᓵᓚᖅᑲᓕᐅᑎᔭᑦ ᓴᓇᔭᕕᓂᖅᒥᓂᒃ ᑐᓂᕗᓚᐅᔭᑦᓯᑎᒃ.

ᓂᖅᑭᑦᓯᐊᑑᒪᒥᐊᖅᑲᖅᓂᒧᑦ ᑕᖅᑭᖅᑲᖅᑎᑕᐅᓂᖓ, 2011

ᓯᕗᓪᓕᐊᐅᑦᓯᐊᓯᓂ, ᑕᐃᑲᓂ ᐊᖅᕿᒍᒥ ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅᒥᒃ ᐱᒍᑦᔭᕕᐅᖅ ᐱᓇᓯᑦᑎᖕᒥᑦ ᐊᐱᕆᖅᑲᑦᑕᓚᐅᔭᑦ ᐊᑕᐅᓯᐅᖕᖕᒥᑐᓂᒃ ᑎᒥᐅᔭᓂᑦ ᐱᓇᓯᐊᖅᑲᑎᖅᑲᕈᒪᓂᕋᖅᓯᑎᒃ ᐸᖅᓅᓂᖅᒧᑦ, ᓄᓇᓕᓐᓂ, ᐱᓂᐊᖅᓂᖅᑲᖅᑎᓯᒍᑎᓂᒃ ᓂᖅᑭᑦᓯᐊᑑᒪᒥᐊᖅᑲᖅᓂᒧᑦ ᑕᖅᑭᖅᑲᖅᑎᑕᐅᓂᖓᓂᑦ 2011-ᒥ (ᒫᑦᔾᒥ), ᓯᓚᖅᔭᐊᒥ ᐃᒪᑦᓯᐊᑑᒪᒥᐊᖅᑲᖅᓂᒧᑦ ᐅᓪᓗᖅᑲᖅᑎᑕᐅᓂᖓ (ᒫᑦᔾ 22) ᐃᓄᓕᖅᑕᓂᓪᓗ ᓂᖅᑭᑐᐃᓐᓇᑑᒪᒥᐊᖅᑲᖅᓂᒧᑦ ᐅᓪᓗᖅᑲᖅᑎᑕᐅᓂᖓ (ᒫᑦᔾ 25). ᑐᖅᑭᖅᓂᖅᑲᕈᑎᐅᑦᓯᓂ ᖅᑲᐅᔾᒥᐊᖅᑲᖅᓂᖅᒥᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᑦ ᓂᖅᑮᑦ ᐱᒻᒪᕆᐅᓂᖅᒥᓐᓂᒃ (ᓂᖅᑭᑐᐃᓐᓅᑦ, ᓂᖅᑭᑦᓯᐊᑦ ᓂᐅᕕᐊᑦᓴᑦ) ᑎᒍᑦ ᐱᐅᔭᑦ, ᐃᑉᐱᓂᐊᖅᓂᒧᓪᓗ, ᐃᓯᒪᒧᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᑭᖅᑲᑦᓯᐊᓇᖅᑑᓯᑎᒃ ᐃᓘᓐᓈᒍᑦ ᐱᒻᒪᕆᐅᑎᑦᓯᓂᖅᒍᓗ ᐃᑉᐱᒍᓯᑦᓯᐊᕆᐊᖅᑲᖅᓂᒥᒃ ᒧᓇᓂᒃ ᓂᕆᒻᒪᖕᖏᒪᓕᒥ, ᑮᓇᐅᔭᖅᑲᖅᑎᑕᐅᒍᑎᐅᓕᐅᔭᑦ $750-ᓂᑦ $1000-ᓄᑦ (ᓇᓇᓕᐅᑉ ᐃᓄᒥᐊᓐᓂᖓ ᒪᓕᑦᓯᒍᓯ) ᓄᓇᓖᑦ ᐊᑐᖅᓂᐊᑕᒥᓂᒃ ᖅᑲᐅᔨᑎᑦᓯᒍᑎᒥᓂᐊᖅᑕᖕᒥᓪᓗ ᑐᑭᒧᒍᑏᑦ ᑎᑭᑎᑕᐅᑦᓯᑎᒃ (ᐱᑐᑦᓯᒪᐅᑎᒃᑯᑦ ᑕᑯᒥᐊᖅᕕᐅᒍᓐᓇᑐᑦ ᖅᑲᐅᔨᓇᓯᐊᖅᕕᒥᓗᒥᑦ, ᐃᓚᒍᑏᑦ ᐊᓯᖏᓪᓗ ᑌᔭᐅᖅᑲᑦᑐᑦ). ᑲᑎᑦᓯᑎᒃ, ᖁᓕᐅᖕᖏᒪᖅᑐᑦ ᓄᓇᓖᑦ ᐱᓂᐊᖅᓂᖅᑲᖅᑎᓯᔭᕕᓂᐅᓚᐅᔭᑦ (ᖅᑲᐅᔨᑦᑎᓯᒍᑎᓂᒃ, ᕿᓪᓚᑐᐃᒍᑎᓂᒃ ᐃᒪᑐᐃᓐᓚᓇᖅᑲᓇᐊᖅᑲᖅᓂᖕᒥᓐᓄᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᕘᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᕕᖕᒥᑦ, ᖅᑲᓇᑕᐅᔭᒧᑦ ᐱᖕᖏᒍᐊᕈᑏᑦ ᐱᐊᕿᖅᓄᑦ ᐊᖓᔭᖅᖅᑳᖕᒥᓐᓄᓗ, ᐃᓚᒥᐅᖅᓴᓃᑦ, ᓂᕆᒻᒫᓃᑦ, ᓈᓚᐅᑎᒃᑰᑲᑦᑕᓃᑦ, ᐊᓯᖏᓪᓗ.).

ᓯᓚᖅᔭᐊᒥ ᐊᖅᓅᑦ ᐅᓗᖅᑲᖅᑎᑕᐅᓂᖓ, 2011

ᒫᑦᔾ 8, 2011 ᓇᓪᓕᐅᓂᖅᓯᐅᓂᐅᓚᐅᕘᓚᓗᐊᖅ ᐊᖅᕿᒍᖅᑐᓕᖅᓂᖓᓄᑦ 100-ᓄᑦ ᓯᓚᖅᔭᐊᒥ ᐊᖅᓅᑦ ᐅᓪᓗᖅᑲᖅᑎᑕᐅᓂᖓ, ᑖᓐᓇ ᐅᓪᓗᖅ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐊᑑᑎᒥᐅᑦᓯᐊᓚᐅᕗᖅ ᑌᔭᐅᓂᖅᑲᖅᓯᓂ "ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᑦ ᐊᖅᓅᑦ ᐊᐅᓚᑦᔭᓇᐊᕈᑏᑦ ᐊᓯᑦᔫᒥᐊᖅᓂᒧᑦ!" ᑕᒪᑐᒧᖓ ᐅᓪᓗᖅᑲᖅᑎᑕᐅᓂᖅᒧᑦ, ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᕝᕕᒃ ᑲᑎᕝᕕᒃ ᓄᓇᓕᓖᒫᑦ ᑲᕙᒪᖓᓗ ᑲᑐᑦᔾᔨᑎᒃ ᐊᐅᓚᒃᑲᓕᐅᕚᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᓂᒃ ᐱᓪᓚᕆᐅᓂᖕᒥᓐᓂᒃ ᐃᑲᔪᖅᑎᓚᕆᐅᓂᖕᒥᓐᓂᓗ ᓄᓇᓕᒻᒥᓂ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᑦ ᐊᖅᓇᖕᒥᑦ. ᑮᓇᐅᔭᖅᑲᖅᑎᑕᐅᑦᓯᑎᒃ $200-ᓂᒃ $350-ᓄᑦ (ᐃᓄᒥᐊᑦᑑᓂᖓ ᓄᓇᓕᐅᑉ ᒪᓕᑦᓯᒍ) ᓄᓇᓖᑦ ᐊᑐᓂᑦ ᐱᓂᐊᖅᓂᖅᑲᖅᑎᓯᒍᑎᒥᓂᐊᖅᑕᒥᓂ (ᐊᖅᓅᑦ ᓂᕆᑎᑕᐅᓂᖕᒥᑦ, ᐱᐅᓴᖅᑕᐅᓂᖕᒥᑦ, ᓈᓚᐅᑎᒃᑰᑲᑦᑕᑎᑕᐅᓂᖕᒥᑦ, ᐊᓯᖏᓪᓗ.), ᐱᖓᓯᑦ ᑮᓇᐅᔭᓂᒃ ᑐᑦᓯᖁᐅᑎᓕᐅᖅᓯᒪᓚᐅᕗᑦ.

ᓄᒃᑭᓴᖅᓃᑦ

ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᕝᕕᒃ ᓴᐳᒻᒥᓯᒪᓚᐅᕗᖅ ᓄᒃᑭᓴᖅᑎᓯᓂᖅᒥᒃ ᑲᖕᒥᖅᓯᐊᓗᖅᔭᐊᒥᐅᓂᒃ ᐅᑭᐅᖑᑎᓪᓗᒍ. ᓄᓇᓕᐅᑉ ᑳᓐᓂᐊᓯᐅᖅᑎᖓ ᐱᒥᐊᖅᑎᓯᓯᒪᔪᖅ ᑲᖕᒥᖅᓯᐊᓗᒃᔭᐊᒥᐅᑦ ᑐᑦᓯᖁᖅᑲᑦᑕᑐᕕᓂᐅᑎᓪᓗᒥᑦ. ᓄᒃᑭᓴᖅᓂᖅ ᐃᓚᖅᑲᖅᓯᓂ ᑎᒥᒧᑦ ᐱᐅᔪᓂᒃ ᐃᖅᑫᓕᓴᖅᓂᒥᓪᓗ. ᓄᒃᑭᓴᖅᓃᑦ ᓄᓇᓕᐅᑉ ᐃᓪᓗᖅᑯᑎᖓᓈᑦᓯᑎᒃ ᓄᒃᑭᓴᕗᖅᑲᖅᓯᑎᒃ ᐃᖅᑫᓕᓴᖅᑎᓯᕗᒥᒃ ᑰᓐᓂᐊᓯᐅᖅᑎᐅᓯᓂ ᓄᓇᓕᒦᓕᐅᖅᑐᓚᐅᕗᖅ ᑕᖅᑭᓄᑦ ᖅᑲᑦᓯᒪᓕᓐᓄᑦ.

ᓄᓇᕕᒻᒥ ᓂᖅᑭᑦᓯᐊᓅᓕᖓᕗᖅ ᑐᑭᒧᐊᒍᑎᒃ

ᒫᓐᓇᐅᔪᖅ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᓂᕿᑦᓯᐊᓅᓂᖅᓴᔪᖅ ᑐᑭᒧᐊᒍᑎᒃ ᓴᖅᑭᑕᐅᓚᐅᕐᓯᒪᔪᖅ 2005-ᖑᑎᓪᓗᒍ. 2007-ᖑᑎᓪᓗᒍ, ᑲᓇᑕᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᕖᑦ ᓄᐃᑦᓯᓕᓚᐅᔪᖅ ᓄᑖᓂᒃ ᐅᓐᓂᗘᑎᓂᒃ ᐃᓕᖅᓴᔪᓂᒃ ᓂᕿᑦᓯᐊᓅᓂᖅᓴᔪᑦ ᑐᑭᒧᐊᒍᑎᖏᓐᓄᑦ. ᓄᓇᕕᒃ ᓇᒻᒥᓂᖅ ᑐᑭᒧᐊᒍᑎᓕᒃ, ᑕᒪᓐᓇ ᐱᑦᔪᑎᒥᑦᓯᒍ ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔫᕖᒃ ᓈᒻᒪᓈᕐᑐᕆᑦᓯᓯᒪᔪᖅ ᓂᕿᑦᓯᐊᓅᓂᖅᓴᔪᓂᒃ ᑐᑭᒧᐊᒍᑎᖃᕐᑐᓴᐅᓂᖅᓴᓂᒃ ᓄᓇᕕᒃ ᐃᒻᒥᒎᑦᓚᕆᑦᑐᒥᒃ. ᐅᑭᐊᑦᓴᖅ 2010-ᖑᑎᓪᓗᒍ, ᖃᐅᔨᒥᐊᕐᕕᖃᕐᓅᑦ ᐊᑑᑎᓚᐅᔪᑦ ᓄᓇᓐᓂ ᐱᖅᓴᓯᓂᑦ ᐊᓯᑦᔩᑐᐃᒥᐊᕐᓂᒧᑦ ᓄᓇᕕᐅᑉ ᓂᕿᑦᓯᐊᓅᓂᖅᓴᔪᓄᑦ ᑐᑭᒧᐊᒍᑎᖅᓴᓂᑦ. ᓂᕿᑦᓯᐊᓕᕆᔩ ᐱᓇᓯᑦᑎᒥᔭᐅᓚᐅᕐᑐᑐᖅ ᐅᖃᐅᓯᑦᓴᕆᔭᐅᔪᓂᒃ ᐅᓐᓂᗘᑎᒥᔭᐅᔪᕕᓂᕐᓂᓗ 53-ᓂᒃ ᐃᓄᓐᓂᒃ ᖃᐅᔨᒥᐊᕐᕕᐅᓯᒪᔪᓂᑦ ᑭᐅᑦᔪᑎᑖᓚᐅᔪᖅ 195-ᓂᒃ ᐅᖃᐅᓯᑦᓴᓂᒃ. ᐱᓇᓯᐊᕐᑲᑎᓕᕕᓂᐅᓕᕐᓯᓂ ᓚᐹᓪ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᕐᔪᐊᖅᓚᑕ ᖃᐅᔨᓴᕐᑎᖏᓐᓂᒃ ᓇᓕᐃᒫᓂᓪᓗ ᑲᐅᔨᒥᐊᕐᕕᖃᕐᓂᒥᒍᑦ, ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔫᕖᒃ ᓴᖅᑭᑎᑦᓯᒍᓐᓇᓖᓕᕐᑐᖅ ᑐᓴᕐᑎᓯᒍᑎᒥᒃ ᐅᖃᐅᓯᑦᓴᐅᖃᑦᑐᐱᓃᑦ ᖃᓄᐃᓕᖅᓴᓂᖅᓴᓗ ᓄᓇᕕᐅᑉ ᑐᖅᓴᕕᒥᓗᒥᑦ. ᑐᑭᒧᐊᒍᑎᐅᑉ ᐊᓪᓚᖑᐊᕐᑕᐅᓯᒪᒍᑎᖓ ᖃᕆᑕᐅᔭᒧᑦ ᒫᓐᓇᐅᑎᓪᓗᒍ ᓴᖅᑭᑕᐅᑦᓯᓂᓗ 2011-ᒥ.

Acquisition of Individual Skills (Object: Individuals)

ᖃᓄᐃᖅᖏᓯᐊᕐᓂᒧᑦ ᑫᓪᓚᑐᐃᒍᑏᑦ ᑲᔪᖏᕐᓴᒍᑎᐅᔫᖑᑰᑦ ᓴᐳᒻᒥᒍᑎᐅᑦᓯᑎᓗ ᐃᒻᒥᒎᓈᕐᑎᑐᑦ ᐃᓅᖅᑲᑎᖑᕐᓐᓂᑯᓪᓗ ᐱᕚᓪᓕᐊᑎᑦᓯᓂᕐᒧᑦ ᖃᐅᔨᒪᐅᑎᑦᓴᑦ ᐊᕐᖁᑎᒥᑦᓯᒥ 5, ᖃᓄᐃᖅᖏᓯᐊᕐᓂᓕᕆᓂᕐᒧᐊᖅᓴᔪᑦ ᐃᓕᓂᐊᑎᑦᓯᒍᑏᑦ ᐱᕚᓪᓕᐊᑎᑦᓯᒍᑏᓪᓗ ᐱᔪᓐᓇᐅᑎᓂᒃ ᐊᑐᕐᑐᓂᒃ.

ᓄᓇᓕᓕᒫᑎᒍᑦ ᑐᓴᐅᒪᖃᑎᒌᑦᑎᓯᓂᖅ

ᐊᑕᐊᓯᐅᖅᖏᑐᑦ ᑐᓴᐅᒪᑎᑦᓯᒍᑏᑦ ᐱᒥᐊᕐᑎᑕᐅᓚᐅᔪᑦ ᐊᖅᕿᒎᓚᐅᕐᑐᒥ ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᖃᐅᔨᑎᑦᓯᒍᑎᐅᑦᓯᑎᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒧᐊᖅᓴᔪᓂᒃ.

ᐊᓴᐱᑦᑖᑌᓕᒍᑎᑦᓴᑦ

ᓯᓚᕐᔪᐊᒥ ᐊᓴᐱᑦᑖᑌᓕᓂᕐᒧᑦ ᐅᓪᓗᖃᕐᑎᑕᐅᓂᖅᓴᓂᑦ ᑏᓯᒻᐱᕆ 1-ᒥ, ᓄᓇᓕᓕᒫᓂᒃ ᖃᐅᔨᑎᑦᓯᓂᖅ ᐱᒥᐊᕐᑎᑕᐅᓚᐅᔪᖅ ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔫᕕᒻᒧᑦ. ᖃᐅᔨᑎᑦᓯᒍᑎᐅᓚᖅᓯᑎᓪᓗᒍ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᓂᒃ ᐊᓴᐱᐅᑉ ᐊᑦᑕᓇᕐᓂᖅᓴᓂᒃ ᒪᓗᓐᓇᐅᑎᖏᓐᓂᓗ ᐊᓴᐱᐅᑉ ᖁᐱᕐᕌᕆᓯᒪᓂᑦ ᖁᐱᕐᓇᓯᒪᓂᕐᒧᑦ/ᐊᓴᐱᖃᕐᓂᒧᓪᓗ ᐱᓪᓚᓇᐅᓂᖅᓴᓂᓪᓗ ᓄᓕᐊᕐᓂᑯᑦ ᐊᑦᑕᓇᕐᑐᕐᒦᑌᓕᒥᐊᖃᕐᓂᒧᑦ. ᑐᓴᐅᒪᑎᑦᓯᒍᑏᑦ ᓄᐃᑕᐅᖃᑦᑕᓚᐅᔪᑦ ᐊᐅᓪᓚᑎᑕᐅᑦᓯᑎᓗ ᓄᓇᓕᓕᒫᓄᑦ (ᐊᑭᓐᓇᒥᐅᑌᑦ ᖃᐅᔨᒪᐅᑎᑦᓴᓗ ᑐᓴᕐᑦᓴᐅᓯᑎᒃ ᓈᓚᐅᑎᒃᑯᑦ). ᑐᓴᕐᑦᓴᑦ ᓄᓇᓖᑦ ᓇᓚᐅᑎᖏᑎᒍᑦ (ᑕᕐᕿᒥᐅᒃᑯᑦ ᔩᐲᔩᒃᑯᓗ) ᑐᓴᕐᓴᐅᑎᑕᐅᑦᓯᑎᒃ ᑰᑦᔪᐊᓗ ᒥᑺᕕᖅᓚᑕ ᑕᓚᕖᓴᖅᓴᓂᑦ.

ᐃᒻᒥᓂᐊᕐᑌᓕᒪᒍᑎᑦᓴᑦ

ᐃᒻᒥᓂᐊᕐᑌᓕᒥᐊᖃᕐᓂᒧᑦ ᐱᓇᓯᐊᕈᓯᖅᓴᓄᑦ ᐃᓕᖅᓴᔪᒧᑦ (ᔮᓄᐊᕆ 30- ᕕᕗᐊᕆ 5, 2011) ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᕖᑦ ᐱᒥᐊᕐᑎᓯᓚᐅᔪᖅ ᖃᐅᔨᑎᑦᓯᒍᑎᓂᒃ ᑌᒫᐅᔪᒥᒃ "ᐃᓅᓯᖅ ᖃᐅᖅ ᐊᓐᓂᕆᕕᐅᒃ?" ᑐᑫᕐᓂᖅᑲᕈᑎᐅᑦᓯᓂ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᑦ ᓇᓗᓂᕐᓯᓂᐊᕐᑎᓗᒥᑦ ᖄᖅᒪᐅᒪᓗᐊᕐᐸᑦ ᐱᓂᐊᕐᓂᑯᓪᓘᓃᑦ ᓇᒻᒥᓂᖅ ᖃᓄᐃᖅᖏᓯᐊᕈᑎᑦᓴᒥᓂᒃ, ᐃᑲᔪᕐᑕᐅᕕᓪᓗ ᑐᑫᕈᑎᖏᓐᓂᒃ

ᐱᑎᑕᐅᑦᓯᑎᒃ. ᑐᓴᐅᒪᑎᑦᓯᒍᑎᑦᓴᑦ ᓄᐃᑕᐅᓚᐅᔪᒻᒥᔪᑦ ᐊᐅᓪᓚᑎᑕᐅᑦᓯᑎᓗ ᓄᓇᓕᓕᒫᓄᑦ (ᐊᑭᓐᓇᒥᐅᑕᑦ ᐊᑐᐊᒫᐱᓪᓗ ᐱᑲᔪᕐᑕᐅᕚᑦ ᐱᒍᑦᔨᕕᖕᒥᓐᓂ ᐊᓪᓚᓯᒪᔪᕐᑕᓃᑦ).

ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐊᑭᒪᔫᑎᓃᑦ ᓵᓚᕐᑲᓕᐅᑎᒐᓯᐊᕐᓂᓂᓪᓗ ᕿᓪᓚᑐᐃᒍᑎᓄᑦ ᕐᑲᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᑐᒥᒃ ᐃᓅᓯᕐᑲᕆᑎᓄᑦ

ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ ᑐᑭᒍᐊᕆᕐᑲᑦᑕᓚᐅᔪᖅ ᐊᑭᒪᔫᑎᓂᒃ ᓵᓚᕐᑲᓕᐅᑎᓂᕐᓂᒃ ᓇᐅᓕᒫᓄᑦ ᑐᖀᕐᓇᔭᐅᓪᓗᑯᐊᐱᑦᑐᓄᓪᓘᓃᑦ ᕿᓪᓚᑐᐃᒍᑎᓄᑦ ᕐᑲᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᑐᒥᒃ ᐃᓅᓯᕐᑲᕐᓂᒨᓕᖓᔪᓄᑦ (ᑲᔪᖕᒥᕐᓴᐅᑎᐅᑦᓯᑎᒃ ᓇᓪᒥᓂᕐᓗ ᐱᔪᓐᓇᓂᕐᑲᕐᓂᒥᒃ ᓄᐃᑎᑦᓯᑎᐅᑦᓯᑎᒃ). ᓵᓚᕐᑲᓕᐅᑎᓂᕐᒃ ᓯᓇᐅᓂᖓ ᒪᓕᑦᓯᒍ ᑭᖕᖒᒪᒥᔭᐅᔪᐃᑦᓗ, ᐃᓚᐅᔪᑦ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᓂᕐᑲᑦᑕᓚᐅᔪᑦ ᒪᓂᕈᕕᐅᕐᑲᑦᑕᓯᑎᒃ ᐃᑲᔪ3ᕕᐅᒍ8ᓇᑐᓂᒃ; ᐃᓚᖏᑦ ᓵᓚᕐᑲᐅᑎᑖᕐᑲᑦᑕᓚᐅᔪᑦ ᑲᑦᓯᖐᓐᓂᕐᑲᕐᓂᒥᓄᑦ, ᕐᑲᐅᔨᒪᐅᓯᕐᑲᕐᓂᒥᓄᑦ ᐱᔪᓐᓇᓂᕐᑲᕐᓂᒥᓄᓪᓗ:

ᑐᐹᑭᑦᑌᓕᓕᐅᑎᓂᕐᒃ

ᐊᕐᖀᒍᕐᑐᒍᑎᒥᓕᕐᑕᖓ ᓯᑕᒪᐅᔪᕐᑐᓄᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ, ᑐᐹᑭᑦᑌᓕᓕᐅᑎᓂᕐᒃ ᓯᑕᒪᐅᔪᖕᖏᒍᕐᑑᒍᑎᒥᓕᕐᑕᖓ ᐱᓕᐅᑦᕈᒍᑕᐅᓂᖓ ᓄᓇᕕᒻᒥ, ᐱᓕᐅᑦᕈᓂᕐᑲᕐᑎᓯᓚᐅᔪᖅ ᓲᐳᕈᓯᔭᓲᓂᒃ ᑭᓯᐊᓂ, ᐅᕕᒃᑲᓂᒃ ᐃᓄᒻᒪᕆᓐᓄᑦ. ᐃᓚᐅᑦᓯᐊᕐᑲᑦᑕᓚᐅᔪᕗᑦ ᓄᕐᕐᑲᕿᓯᐊᕐᑐᑦ. 224-ᖑᑦᓯᑎᒃ ᐱᓕᐅᑦᕈᔪᑦ ᐃᓚᐅᓚᐅᔪᕗᑦ (133 ᐅᕕᒃᕿᑦ ᐊᒻᒪᓗ 91 ᐃᓄᒻᒪᕇᑦ) ᓄᕐᕐᑲᕿᓯᐊᕐᑐᓄᑦ. ᑖᒃᑯᓇᖕᖓᑦ, 18-ᓂᑦ (9 ᐃᓄᒻᒪᕇᑦ 9 ᐅᕕᒃᕿᑦ) ᓲᐳᕈᑎᒥᒃ ᓄᕐᕐᑲᑐᕕᓃᑦ, ᐱᓇᓯᐊᕈᓯᓄᑦ ᐱᖓᓲᔪᕐᑐᓄᑦ. ᐃᓚᐅᔪᓕᒫᑦ ᕐᑲᐅᔨᒪᐅᑎᑦᓴᓂᒃ ᐊᓪᓚᓯᒪᔪᓂᒃ ᑎᑭᑎᑦᓯᕕᐅᕐᑲᑦᑕᓚᐅᔪᑦ. ᐱᓕᐅᑦᕈᓂᕐᒥᒃ, ᐃᓕᓐᓂᐊᕚᑦ ᐃᓚᖏᑦ ᐋᓐᓂᐊᕚᓪᓗ ᐃᓚᖏᑦ ᐱᓂᐊᕐᓂᕐᑲᕐᑎᓯᔪᕕᓂᐅᕐᑲᑦᑕᓚᐅᔪᒻᒥᔪᑦ ᓲᐳᕈᓯᔭᕐᑌᓕᒍᑎᑦᓴᓅᓕᖓᔪᓄᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᕐᑲᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓂᒥ ᐃᓅᓯᕐᑲᕐᓂᒨᓕᖓᔪᓄᑦ.

ᑐᓴᐅᒪᕐᑲᑎᒦᓚᐅᔪᕗᑦ, ᓄᓇᕕᒻᒥ ᑎᒥᐅᔪᑦ ᓯᓚᑖᓂᓪᓗ ᐱᓯᒪᔪᑦ ᐱᓇᓯᐊᕐᑲᑎᒥᑦᓯᒥᑦ (ᐃᓕᓐᓂᐊᕚᑦ, ᐋᓐᓂᐊᕚᑦ, ᓄᓇᓕᓪᒥ ᕐᑲᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓂᓕᕆᔩᑦ, ᓯᕗᓕᕐᑏᑦ, ᒪᑭᕝᕕᒃ, ᑑᓴᑦ ᐃᐊ, ᐃᓄᐃᑦ ᕐᑲᖕᒪᑦᑕᔪᖏᑦ, ᐱᐊᓪ, ᐃᓚᒦᔅᒃᑯᑦ ᓄᐊᑕᓐᓗ ᐊᓪᓚᕕᒻᒪᕆᖓ, ᓂᐅᕕᕐᕕᒃ).

ᕐᑲᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕈᑎᑦᓴᑦ

ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ ᐱᓇᓯᐊᕈᑎᕐᑲᓚᐅᔪᖅ ᕐᑲᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕈᑎᑦᓴᒍᐊᖓᔪᒥᒃ ᑐᖀᕐᓂᓕᐅᕈᑎᐅᓯᒪᑎᓪᓗᒥᑦ ᐅᕕᒃᕿᑦ 200-ᒐᓗᑦ ᐅᑭᐅᓖᑦ 12-ᓂᑦ 17-ᓄᑦ, ᑐᑭᐊᒎᕐᑐᒥᒃ ᓄᓇᕕᐅᑉ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᖏᑦ ᐱᖕᖑᐊᓂᒃᑯᑦ ᐱᓂᐊᕐᓂᕐᑲᕐᑎᑕᐅᑦᓯᑎᒃ ᒎᑦᔪᐊᖀᐱᓪᒥ ᐁᕆᓕ 2011-ᒥ. ᓇᓚᐅᑦᓵᓃᑦ ᕐᑲᐅᔨᒪᐅᑎᑦᓴᕐᑲᕐᕕᓂᓪᓗ ᓵᕐᑲᕐᑎᓯᓂᕐᒃ ᓄᐃᑕᐅᓯᒪᓚᐅᔪᑦ ᕿᓪᓚᑐᐃᒍᑎᐅᓂᐊᕐᑎᓗᒥᑦ ᐊᑦᑕᓇᕐᕐᒥᑐᒥᒃ, ᕐᑲᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓇᑐᒥᒃ ᐃᓅᓯᕐᑲᕈᑎᓂᒃ ᐅᑯᑎᒎᓇ: ᓂᕐᑭᑦᓯᐊᑑᒪᒥᐊᕐᑲᕐᓂᕐᒃ, ᐃᕐᕿᓕᓴᕐᓯᐊᕐᑲᑦᑕᓇᐊᕐᑲᕐᓂᕐᒃ, ᑐᐹᑭᑦᑌᓕᒪᓂᕐᒃ, ᐃᒥᐊᓗᑦᑌᓕᒪᓂᕐᒃ, ᐅᐃᕆᒪᐅᑎᒎᒪᑦᑌᓕᒪᓂᕐᒃ, ᓄᓕᐊᕐᓂᑯᑦ ᐋᓐᓂᐊᑖᕐᑌᓕᒪᓂᕐᒃ ᐊᐅᒃᑯᓗ ᐱᑕᑦᓴᑖᓗᐊᕐᑌᓂᕐᒃ.

ᕐᑲᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓂᒨᓕᖓᔪᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᒍᑏᑦ

ᐊᕐᕿᒎᑉ ᐃᓗᐊᓂ, ᓇᑐᓖᒫᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔨᕕᐅᑉ ᐱᓇᓯᑦᑎᖏᑦ ᑎᓕᔭᐅᕐᑲᑦᑕᓚᐅᔪᑦ ᑲᑎᒪᓂᐊᕈᓯᕐᑲᕐᑎᓯᕐᑯᔭᐅᑦᓯᑎᒃ ᑲᑎᒪᓂᕐᓂᓗ ᕐᑲᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓂᓕᕆᓂᕐᒧᐊᖓᔪᓂᒃ ᑐᑭᒧᐊᕆᓂᕐᒥᓗ ᐃᓕᓐᐊᓂᑎᑦᓯᒍᑎᐅᕙᑦᑐᓂᒃ ᕐᑲᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓂᓕᕆᓂᕐᒥᒃ.

ᕐᑲᓇᒃᑯᑦ ᑲᑎᒪᓂᖓ

ᓴᐳᑏᑦ ᕿᕐᑯᔨᓯᒪᓚᐅᔪᑦ ᓇᑐᓖᒫᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔨᕕᐅᑉ ᐱᓇᓯᑦᑎᖏᓐᓂᒃ ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᔨᐅᕐᑯᔨᑦᓯᑎᒃ ᑲᑎᒪᓂᖓᓂᑦ ᕐᑲᓇᕐᒃ ᕐᑲᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕆᐊᕐᑲᕐᓂᒧᑦ ᑲᑎᒪᓄᓂᒻᒪᕆᖓᓂᑦ ᐅᔨᒃᑫᑦ ᔫᓂᐅᑎᓪᓗᒍ 2010-ᒥ ᐃᓄᒃᔪᐊᒥ. ᐊᑦᔨᒦᖕᖏᒥᑐᑦ ᓴᕐᕿᑕᐅᕐᑲᑦᑕᓚᐅᔪᑦ ᑐᓴᕐᑎᓯᒍᑏᑦ ᐃᓕᖓᔪᑦ ᐃᕿᓕᓴᕐᓂᒧᑦ, ᓂᕐᑭᑦᓯᐊᑑᒪᒥᐊᕐᑲᕐᓂᒧᑦ, ᑐᑉᑮᓐᓂᒧᑦ ᐱᐊᕿᑦᓴᕆᔭᐅᑦᓯᑎᓗ ᐃᒥᐊᓗᒍᑕᐅᓕᓂᕕᓂᕐᒧᑦ ᓯᕿᑕᐅᒪᔪᓄᑦ. ᑐᓴᕐᑎᓯᒍᑏᑦ ᐱᐅᒥᔭᐅᑦᓯᐊᕐᑲᑦᑕᓚᐅᔪᑦ.

ᕚᓕᐸᕆᐅᕐᓴᑎᑕᐅᓂᖏᑦ ᑯᐯᒃ ᐱᖕᖑᐊᓂᖏᓐᓄᑦ

ᕚᓕᐹᕐᑏᑦ ᓄᐃᑕᐅᓚᐅᔪᑦ ᐱᖕᖑᐊᑐᑦᓯᑦ ᑭᓪᓚᑐᕐᓗᑎᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᑯᐯᒃ ᐱᖕᖑᐊᓂᕐᔪᐊᖏᓐᓂ; ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑕᐅᓂᕐᑲᓚᐅᔪᑦ ᓇᓪᓕᑳᕐᑕᐅᓯᑎᓗ ᐱᖕᖑᐊᑎᑦᓯᑦ ᔫᓂᐅᑎᓪᓗᒍ ᑲᖏᕐᓯᔪᐊᒥ. ᒫᕐᑏᒃ ᐱᓇᓯᑦᑎᑑᑦ ᕿᕐᑯᔭᐅᓯᒪᓚᐅᔪᑦ ᑲᑎᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᕙᒪᖓᑕ ᐱᖕᖑᐊᑐᓕᕆᓂᕐᓄᑦ ᐱᒍᑦᔨᕕᖓᓄᑦ ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑕᐅᔪᓂᑦ ᐅᕐᑲᕕᕐᑲᕆᐊᕐᑐᓂᕐᒧᑦ. ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑕᐅᓃᑦ, ᑲᑎᒪᓂᐊᕈᓯᕐᑲᕐᑎᑕᐅᓃᑦ ᑕᑯᑦᓴᐅᑎᓯᑦᓃᓪᓗ ᐊᑯᓐᓂᖏᓐᓂ, ᐱᓪᒪᕆᐅᓂᖓ ᑎᒥᐅᑉ ᓴᓗᐊᕐᕗᓕᒥᐊᕐᑲᕐᓂᖓ ᐅᕐᑲᐅᓯᕆᔭᐅᕐᑲᑦᓯᓂ ᐱᑐᑦᓯᒪᕐᑲᑎᒦᓐᓂᖏᑦᓗ ᓂᕐᑭᑦᓯᐊᑑᒪᓂᐅᑉ, ᐱᒥᐳᕐᓴᓂᐅᑉ ᐃᕿᓕᓴᕐᓂᐅᓗ ᑐᓴᕐᑕᐅᑎᑕᐅᒪᓯᑎᒃ, ᓯᓂᑦᓯᐊᕐᑲᑦᑕᕆᐊᕐᑲᕐᓃᓗ, ᐱᖕᖑᐊᑕᐅᒍᓯᖓᓂᓪᓗ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑕᐅᑦᓯᑎᒃ, ᐃᑉᐱᒍᓯᐃᓐᓇᕆᐊᕐᑲᕐᓂᓗ ᐱᖕᖑᐊᓂᕐᒥᒃ ᐃᓕᒦᓐᓂᐅᓗ ᐱᓪᒪᕆᐅᓂᖓᓂᒃ. ᑲᑎᒪᓂᐊᕈᓰᑦ ᐱᐅᓯᒪᕆᐅᕐᑲᑦᑕᐅᕐᑐᑦ, ᐱᐅᓯᕐᓰᑎᒥᔭᐅᔨᐃᓪᓗ ᐊᓯᑦᔨᒥᐊᖏᑦ ᐱᐅᓂᕐᓴᒧᑦ ᑕᑯᑦᓴᐅᒥᐊᖏᒃᑦ ᐅᕐᑲᐅᓯᕆᔭᐅᕐᑲᑦᑕᒥᑦᓯᑎᒃ.

ᐃᓕᒦᑦᑎᓕᐅᑎᓂᕐᒃ 2010

ᐁᓇᓕ 2010-ᖑᑎᓪᓗᒍ, ᓇᑐᓖᒫᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ ᓯᕗᓪᓕᕚᑦᓯᐊᒥᑦ ᐃᓚᐅᕕᕐᑲᓚᐅᔪᕐᒃ ᑲᑎᕕᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᓕᓂᐅᑉ ᐃᓕᒦᑦᑎᓯᓕᐅᑎᓂᖓᓄᑦ. ᓂᕐᑭᑦᓯᐊᓕᓐᔨ ᐱᓇᓯᑦᑎᐅᓚᐅᕐᑐᑐᕐᒃ ᐱᓇᓯᐊᕐᑲᑎᓕᒃ ᓚᕚᓪ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᕐᔪᐊᖓᓂᒃ ᐱᓇᓯᐊᕐᓯᓂ ᐱᓇᓯᐊᕈᓯᑖᑦ ᓂᓇᔭᐅᕐᑲᑦᑕᖓᔪᓂᒃ, ᐅᕐᑯᓪᒥᓗᓚᑦᓴᕐᑲᕐᑎᓯᕐᑲᑦᑕᓯᓂ ᕐᑲᐅᔨᒪᐅᑎᑦᓴᓂᓪᓗᐁᑦᑐᑐᐃᕐᑲᑦᑕᓚᐅᔪᕐᒃ ᓂᕐᑭᑦᓯᐊᓅᓕᖓᔪᓂᒃ ᐱᖕᖑᐊᓂᕐᓄᓗ.

LORY ᐱᓇᓯᐊᕿᑦᓴᓕᐊᖑᓯᒪᔪᕐᒃ: ᐱᐊᕿᕐᓄᑦ ᕐᑲᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓂᒥᒃ ᐃᓅᓯᕐᑲᕈᑎᑦᓴᓄᐊᖓᔪᓄᑦ ᕿᓪᓚᑐᐃᒍᑎᒃ

ᕐᑭᒥᕐᕈᕐᑲᑎᒦᓐᓂᒧᑦ ᑲᑎᒪᓂᕐᑲᕐᓂᕐᒃ ᑲᑎᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᕙᒪᖓᓂᑦ ᐊᑑᑎᓚᐅᔪᕐᒃ LORY ᐱᓇᓯᐊᕿᑦᓴᑑᓕᖓᔪᒧᑦ. LORY ᑎᒥᕐᑯᑎᖓ ᑎᓕᔭᐅᒪᐅᑎᕐᑲᕐᒪᑦ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᓂᕐᒥᒃ ᐱᐊᕿᕐᓂᒃ ᐱᓃᓗᑕᓕᓐᓂᒃ. ᕿᓪᓚᑐᐃᒍᑎᒃ ᕐᑲᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓂᒥᒃ ᐃᓅᓯᕐᑲᓇᐊᕐᑲᕐᓂᒧᑦ, ᐃᓕᓐᓂᐊᓯᒪᑦᓯᐊᓇᐊᕐᑲᕐᓂᒥᒃ ᐊᕙᑎᒥᓄᓪᓗ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᒪᑦᓯᐊᓇᐊᕐᑲᕐᓂᒥᒃ ᑎᒥᐅᑉ ᑐᖕᖓᕕᓕᐊᓇᒪᔭᖏᑦ ᐱᐊᕿᕐᓄᑦ; ᑎᒥᐅᔪᕐᒃ ᐱᕕᑦᓴᕐᑲᕐᑎᓯᓯᕐᒃ ᐱᖕᖑᐊᑎᑦᓯᒍᑎᓂᒃ ᐃᓅᓯᕐᑲᑎᒦᓐᓂᑯᓪᓗ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᒍᑎᒃ ᐊᑐᕐᑕᐅᒍᓐᓇᑐᓂᒃ ᐊᖓᔪ3ᕐᑳᓇᔭᐅᔪᓄᑦ, ᐱᓇᓯᑦᑎᓄᑦ ᐃᓄᓪᒪᓐᓄᓗ ᑲᒪᔨᐅᕐᑲᑎᐅᔪᓄᑦ.

LORY ᐱᓇᓱᐊᑫᑦᓴᖅ ᐱᑕᖃᕐᑎᓯᔪᖅ ᐃᓕᓐᐊᓂᑎᑦᓯᔪᑎᓂᒃ ᑕᙯᓕᔫᓂᒃ ᕿᓪᓕᑐᐊᐱᒻᒦᑐᓂᒃ ᑫᓪᓚᑐᐃᔪᑎᓂᒃ ᐃᓅᓯᖃᑦᓯᐊᓂᕐᒥᒃ ᑲᑎᒪᓂᐊᕈᖃᕐᑎᓯᓰᖑᑦᓯᓂᓗ ᐃᓕᓐᓂᐊᓕᑎᑦᓯᕚ ᓰᓐᑦ-ᕕᓕᓯᐄᓐ ᐳᕐᑐᓂᕐᓴᓇᐊᓪᓚᒥ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᒻᒥ ᐱᓯᒪᔭᖅ ᑖᒃᑯᓂᖓ ᐊᑐᕐᐸᓕᕐᑐᖅ ᐊᕐᖀᒍᓄᑦ ᖃᓯᑦᒪᓕᓐᓄᑦ. ᓄᓇᓖᑦ ᐃᓚᐅᕕᖃᓰᑦ ᑲᑦᓯᖕᒍᓚᓇᐅᓰᑦ ᐱᓇᓱᐊᑫᑦᓴᖅ ᐱᑦᔪᑎᒥᑦᓯᔪ ᐱᐊᕗᓪᓗ ᐊᓕᐊᒥᔭᕐᑲᓪᓚᓇᓰᖑᑦᓯᑎᒃ. ᐱᓇᓱᐊᖅᑎᒦᒍᑕᐅᑐᐃᓐᓇᕿᓕᒃ ᑲᑎᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᕙᒪᖓᓄᑦ, ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔨᕕᒻᒧᑦ ᐊᒻᒪᓗ LORY ᑎᒥᕐᖁᑎᖓᓄᑦ.

ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᔪᑎᐅᑦᓯᑎᒃ ᐱᓂᐊᕐᓂᑐᑦ ᓂᕿᑦᓯᐊᓅᓕᖕᒪᕆᓄᑦ ᐃᒪᒥᐅᕐᓴᑎᑦᓯᓅᓪᓗ ᑐᖀᖕᒪᕆᑦ ᐱᐊᑫᕐᓄᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᓄᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᑫᑕᖕᖏᑐᓄᓪᓗ ᑲᑎᒪᓂᐊᕈᓯᖃᕐᑎᑕᐅᓂᖏᑎᒍᑦ ᓂᕿᑦᓯᐊᓅᓕᖕᒪᕆᓄᑦ ᐃᒪᒥᐅᕐᓴᓂᕐᒥᓗ ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑕᐅᓂᖏᑦ, ᐊᖅᖁᑎᒥᑦᓯᔪ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᓂᕿᑦᓯᐊᓅᓕᖕᒪᕆᓄᑦ ᑐᑭᒧᐊᔪᑎᖓ, ᐊᑑᑎᑎᑕᐅᓰᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᓐᓂ ᐯᕐᓯᐱᓐᓂᓗ. ᑖᒃᑯᐊ ᓴᓇᔭᐅᓯᒪᔪᑦ ᓂᕿᑦᓯᐊᓕᓇᕚᕐᒥᓐᓄᑦ ᓚᖀᓪ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᕐᔪᐊᖕᒪᓂᑦ. ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᓇᕐᐅᑉ ᓂᕿᑦᓯᐊᓕᓇᕚᖅ ᓚᖀᓪ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᕐᔪᐊᖕᒪᓂᑦ ᐱᓯᒪᔪᖅ ᐱᓇᓯᑦᑎᐅᓚᐅᕐᑐᓯᓂ ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᕚᐅᑦᓯᓂᓗ ᐃᓗᓯᓕᓇᐱᐅᑉ ᐊᐅᒃᑯᑦ ᐱᑕᑦᓴᖃᓗᐊᕐᓂᒧᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᕙᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᑎᖃᕐᑲᑦᑕᓚᐅᕙᖅ ᑖᒃᑯᓄᖓ ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᕙᓄᑦ, ᐊᑑᑎᑎᑕᐅᑎᓪᓗᒥᑦ ᐃᒐᓃᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᖏᓪᓗ ᑫᓪᓚᑐᐃᔪᑏᑦ ᓂᕿᑦᓯᐊᑑᒪᒥᐊᖃᕐᓂᒥᒃ ᓂᕿᑐᐃᓐᓀᑦ ᐃᓄᓕᕐᑌᑦ ᐃᓚᒥᔭᐅᑎᓪᓗᒥᑦ ᓂᐅᕕᐊᑦᓴᓗ ᓂᕿᑦᓯᐊᑦ.

ᐱᓇᓱᐊᑫ5ᓴᖅ, 2008-ᖑᑎᓪᓗᒍ ᐱᒥᐊᕐᑎᑕᐅᓯᒪᔪᖅ, ᐃᖕᒥᙯᓕᕐᑐᖅ ᐊᕐᖀᒍᓄᑦ ᐱᖕᒐᓱᓄᑦ. ᐅᓪᓗᒥᒧᑦ, 14 ᓄᓇᓖᑦ ᐅᐸᑦᑕᐅᓯᒪᓕᕐᑐᑦ. 2010-2011-ᒥ, ᑰᑦᔪᐊᖀᐱᒃ ᑎᑭᑕᐅᓚᐅᔪᖅ ᓂᕿᑦᓯᐊᓕᓇᕚᒧᑦ ᐱᓇᓯᑦᑎᑕᐅᔪᒧᑦ ᓚᖀᓪ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᕐᔪᐊᖕᒪᓄᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᓇᕕᒻᒧᑦ ᐱᓇᓯᒥᐊᕐᑐᓯᓂ ᑕᒪᒃᑯᓂᖓ.

ᐱᓇᓱᐊᑫᑦᓴᖅ ᐊᓪᓗᓇᐊᕈᑎᐅᑏᓕᕐᒥᔪᖅ ᑲᑎᕐᓯᐃᓂᖅ ᐱᓂᐊᕐᓂᖃᕐᑎᓯᔪᑎᐅᖃᑦᑕᓯᒪᔪᓕᒫᓂᒃ ᐊᕐᖀᒍᐃᑦ ᐱᖕᒐᓯᑦ ᐃᓗᐊᓂ ᐊᓪᓚᓯᒪᔪᖕᖑᑎᓗᒥᓗ ᓄᓇᓖᓐᓄᑦ ᐊᐅᓚᑦᓴᓇᐊᕈᑕᐅᖃᑦᑖᕐᒪᑕ.

ᓈᐱᑲ ᕖᕕᐅᑉ ᐃᒪᒥᐅᕐᓴᑎᑦᓯᓂᖓ

ᓰᖕᒥᕐᑐᐃᕕᒃ ᐃᓪᓗᖁᑎᒃ ᐃᓄᒃᔪᐊᒦᑦᑐᖅ ᙯᖅᑯᕚᓯᒪᓚᐅᔪᖅ ᓈᐱᑲ ᕖᕕᒥᒃ ᑕᓚᕖᓴᒃᑯᑦ ᓄᐃᑕᒍᓪᓕᐅᕙᑦᑐᒥᒃ ᑏᓯᒻᐱᕆ 2010-ᖑᑎᓪᓗᒍ ᐃᒪᒥᐅᕐᓴᑎᑦᓯᒥᐊᕐᑐᖁᑦᓯᒍ ᐱᓇᓱᐊᑭᓯᓕᒫᒍᑦ. ᓈᐱᑲ ᐃᒪᒥᐅᕐᓴᑎᑦᓯᖃᑦᑕᓚᐅᔪᖅ, ᐃᒪᔭᐅᒍᓐᓇᑐᓂᓪᓗ ᐆᑦᑐᑫᕐᓂᒥᒃ, ᑎᒥᒧᑦ ᐱᐅᔪᓂᒃ ᐊᑭᑐᔫᖕᖏᑐᓂᓪᓗ ᐃᒪᒍᓐᓇᓂᕐᒥᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᓯᓂ. ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᓂᓕᒫᑦᓯᐊᒥᓂᒃ ᐃᓄᒃᑎᑑᑐᐃᓐᓇᐅᔪᖅ ᐃᔪᕐᓵᖕᒥᓐᓇᓕᒫᕐᓯᓂᓗ. ᓂᕿᑐᐃᓐᓀᑦ ᐃᓄᓕᕐᑌᑦ ᐊᑐᕐᑕᐅᐸᓪᓗᓕᐅᔪᑦ. ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᒥᐊᕐᑐᓯᒪᓂᖓ ᐱᐅᒥᔭᐅᓪᓚᓇᑦᓯᓂ ᑲᔪᓯᑦᓯᐊᓚᐅᔪᖅ, ᐊᒻᒪᓗ ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ ᓴᐳᑦᔨᓯᒪᑦᓯᐊᑐᖅ ᓰᖕᒥᕐᑐᐃᕕᒃ ᐃᓪᓗᖁᑎᖕᒪᓂᑦ ᐊᓯᖕᒥᓐᓂᓗ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᒥᒃ ᐱᒥᐊᕐᑎᓯᔪᑎᐅᒍᒪᔪᓂᒃ.

ᐃᓂᓪᓚᑎᕐᑕᐅᒥᐊᓪᓛᓂᖏᑦ ᐋᓐᓂᐊᓂᓕᓇᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔨᓃᑦ (ᐱᑦᔪᑎᖓ: ᐋᓐᓂᐊᕖᑦ ᐱᒍᓐᓇᐅᑎᓵᓪᓗ)

ᖃᓄᐃᖕᖕᒥᓯᐊᕐᓂᒥᒃ ᑫᓪᓚᑐᐃᒍᑏᑦ ᑲᔪᖕᒥᕐᓴᒍᑎᐅᓰᖑᒍᕗᑦ ᓴᐳᑦᑏᓯᒪᒍᑎᐅᑦᓯᑎᓗ ᓄᐃᑕᐅᓂᖕᒥᓐᓄᑦ ᐱᒍᑦᔨᒍᑏᑦ,. ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᓇᓃᑦ ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐱᑦᔨᓯᐊᑭᓇᕕᓕᒫᖑᓄᑦ ᐱᒍᑦᔨᔪᑦ ᐃᓚᒥᔭᐅᓪᒥᑎᓪᓗᒥᑦ ᐱᓂᐊᕐᓂᓕᓇᓂᒃᑯᑦ, ᒪᑭᑕᒐᓯᐊᕐᓂᑯᑦ ᐊᕙᑎᐅᓪᓗ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᒥᐊᖃᕐᓂᖕᒥᓐᓄᑦ, ᐃᓂᓪᓚᖑᒪᐅᓯᐅᓗᓂ ᐱᒍ5ᔨᒍᑎᓕᒃ ᐋᓐᓂᐊᓂᓕᓇᓂᕐᒍᐊᖕᓚᔪᑐᐃᓐᓇᐅᖕᒥᑦᑐᓂᒃ

ᐱᒍᑦᔨᑐᐃᓐᓇᐅᖏᑦᑐᓂᓪᓗ ᑭᓯᐊᓂᓕ ᐱᒍᑦᔨᒍᑎᖃᕆᐊᓪᓛᓗᓂ ᓇᐅᓕᒫᑦᓯᐊᑦ ᐃᒻᒥᒎᓈᕐᑎᑐᑦ ᑭᙴᒪᒋᔭᖏᓐᓂᒃ ᐱᒍᑦᔨᓂᖃᕐᓗᓂ ᐃᑉᐱᒋᑦᓯᐊᖏᓐᓇᓗᒋᑦ ᐃᓗᕐᖁᓯᕐᑎᒍᑦ ᑭᙴᒪᓇᕐᑐᐃᑦ.

ᐋᕐᕿᓯᐃᓂᖅ ᓴᕐᕿᑎᑦᓯᓂᕐᓗ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᒍᑎᓂᒃ ᐱᒍᓐᓇᐅᑎᓕᓐᓄᑦ ᐁᑦᑐᑑᑎᐅᓛᕐᑐᓂᒃ

ᐊᕐᑫᒎᑉ ᐃᓗᐊᓂ, ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ ᑐᑦᓯᕋᐅᑎᓕᐊᖑᓯᒪᔭᓂᒃ ᖃᓄᐃᓕᖏᐊᕈᑎᖃᖃᑦᑕᓕᐅᔭᖅ ᐃᓕᓐᐊᑎᑦᓯᒍᑎᓄᐊᖓᔭᓂᒃ ᐱᒍ8ᓇᐅᑎᓕᓐᓄᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᐅᑉ ᐱᑐᑦᓯᒪᕕᖏᓐᓂ ᐃᑲᔪᕐᑕᐅᒍᑎᑦᓴᕆᑦᓯᓂᖏᑦ ᖃᓄᐃᙱᓯᐊᕐᓂᓕᕆᓂᕐᒧᐊᖓᔪᓂᒃ ᐊᔪᐃᓐᓇᐅᔨᒍᑎᒥᓄᑦ ᐱᓇᓯᒐᕐᒥᓄᑦ ᐊᑦᑐᐊᔪᓂᒃ.

ᐃᕐᑫᓕᓴᕐᓂᐅᑉ ᑎᒥᖓᑦ ᐱᐅᔫᓂᖓᓂᒃ ᑲᔪᖏᕐᓴᒍᑎᒃ

ᓅᑦᖑᑦᓯᓂ ᑲᑐᑦᔨᖃᑎᒦᓐᓂᒍᑦ ᐱᓇᓯᐊᕐᓃᑦ ᓄᐃᑕᐅᓚᐅᔪᑦ ᐃᕐᑫᓕᓴᕐᓂᒃᒥ ᑫᓪᓚᐃᒍᑏᑦ. ᐊᐅᒃᑯᑦ ᐱᑕᑦᓴᖃᓗᐊᕐᑐᓄᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑎ ᑕᓯᐅᔭᕐᔪᐊᑉ ᓯᓈᓂ, ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑎᓗ ᐳᕕᕐᓂᑑᑉ ᐃᓚᒦᑦ ᐃᑲᔪᕐᑕᐅᕕᖓᓂᑦ ᐃᓄᒃᔪᐊᒥᓪᓗ ᐱᓇᓯᑦᑎᖏᑦ ᐃᓚᒦᑦ ᐃᑲᔪᕐᑕᐅᕕᖓᓂᑦ ᑐᑦᓯᕋᐅᑎᓕᐅᕐᓯᒪᒻᒪᑕ ᐃᓕᖓᔪᓄᑦ ᑭᙴᒪᒋᔭᕐᒥᓄᑦ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᒥᒍᑦ. ᐊᔪᖀᒥᐊᕐᓂᖅ, ᐋᕐᕿᓯᐃᓂᖅ ᑐᑭᒧᐊᒍᑎᑦᓴᓂᒃ ᑲᔪᖏᕐᓴᒍᑎᐅᓚᖓᔪᓄᑦ ᐃᓚᐅᓚᐅᒥᑎᑦᓯᒍᑎᑦᓴᓂᒃ ᐃᒻᒥᒎᓇᕐᑐᓂᒃ ᐊᒥᓰᓈᕐᑐᓂᓪᓗ ᐃᕐᑫᓕᓴᕐᓂᑯᑦ. ᖃᐅᔨᒪᐅᑎᑦᓴᑦ ᑲᑎᕐᓯᑕᐅᒍᓐᓇᓯᐊᓚᐅᔪᑦ.

ᓄᓚᐊᕐᓂᑯᑦ ᖃᓄᐃᙱᓯᐊᕈᑎᑦᓴᓂᒃ ᑫᓪᓚᑐᐃᒍᑏᑦ

ᓄᐃᑕᓕᕐᑐᑦ ᐊᕐᑫᒍᓄᑦ ᖃᑦᓯᒪᓕᓐᓄᑦ, ᐱᓇᓯᐊᕐᑕᐅᓂᖓ ᓄᕐᖃᖓᓕᐅᕐᑐᓕᐅᔭᖅ 2009-2010-ᒥ, ᐱᓗᐊᕐᑐᒥ ᐱᑦᔪᑎᐅᑎᓪᓗᒍ ᖁᓄᓂᖓ ᐱᓇᓯᐊᖃᑎᐅᕙᓪᓗᓰᖅ ᑲᑎᕕᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᓕᕆᓂᖅ, ᐊᕗᖓᐅᓕᒥᐊᓪᓚᑎᑦᓯᒍᑎᐅᒪᓯᐊᕐᓂᖓᓂᒃ ᐱᓇᓯᐊᕐᑕᐅᔮᑉ. ᑌᒣᒪᓗᐊᕐᑎᓗᒍ, ᐊᓯᑦᔨᒥᐊᕐᑕᐅᓂᖓ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᒍᑏᑦ ᐃᓄᒃᑎᑑᓕᕐᑎᑕᐅᓂᖓᓗ ᐱᔭᕆᕐᑕᐅᒥᐊᕕᓕᕐᑐᖅ 2010-2011-ᒥ ᐊᑐᓕᕐᑎᑕᐅᓛᕐᓯᓂ, ᓂᕆᐅᑦᑐᒍᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᒍᑎᐅᓂᖓ ᑲᔭᓯᓛᕐᑎᓗᒍ ᐊᕐᑫᒍ, ᑲᑎᕕᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᓕᕆᓂᖅ ᐃᓚᐅᒍᒪᓂᖓ ᒪᓕᓪᓗᒍ.

ᐱᓇᓯᑦᑏᑦ ᑐᑭᒧᐊᑎᖓ ᑲᐳᑎᓂᒃ ᓴᓗᒪᔭᓂᒃ ᑕᐅᕐᓯᑐᐃᓂᕐᒧᑦ

ᐱᓇᓯᐊᖃᑎᖃᕐᓂᒥᒃ ᐋᓐᓂᐊᕖᒻᒪᕇᓐᓂᒃ ᑲᔪᓯᓚᐅᔪᒍᑦ ᑲᐳᑏᑦ ᑲᒪᒋᔭᐅᑦᓯᐊᕆᐊᖃᕐᓂᖏᓐᓄᑦ. ᐱᓇᓯᑦᑏᑦ ᑐᑭᒧᐊᒍᑎᖓ ᐅᓪᓗᒥᒧᑦ ᖃᐅᔨᒋᐊᕈᑎᐅᖃᑦᑕᖏᓐᓇᑐᖅ ᐱᓇᓯᑦᑎᓄᑦ ᑕᒪᖏᓐᓂ ᐋᓐᓂᕖᓐᓂ. ᑐᑭᒧᐊᒍᑎᒃ ᓴᕐᕿᑕᐅᓛᕐᓂᖓ ᓂᕆᐅᒋᔭᐅᔪᖅ 2011-2012-ᒥ.

ᐱᓇᓯᐊᕐᒥᔪᒍᑦ ᐊᓴᐱᐅᑉ ᖁᐱᕐᕈᐊᕈᓯᖓᓄᑦ ᖁᐱᕐᕆᓯᒪᔪᑦ ᐱᑦᔪᓴᐅᕕᖏᓐᓂᒃ ᓈᓴᓂᕐᒥᒃ. ᐋᓐᓂᓯᐅᕐᑎᒪᕆᒃ ᐹᓪ ᐸᕋᓵ ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᑎᓪᓗᒍ (ᐃᒫᖐᕐᑎ) ᐱᓇᓯᐊᖃᑎᒥᒻᒥᓯᒥᒃ ᑕᒪᕐᒥᒃ ᐋᓐᓂᐊᕖᒃ, ᓈᓴᒍᑎᒋᓯᒪᔭᐳᑦ ᓇᓗᓇᕐᓯᒍᑎᒋᓂᐊᕐᓯᒥᑦ ᐱᒍᑦᔨᕕᐅᔪᑦ ᐱᑕᖃᙱᓗᐊᕐᓂᖏᓐᓂᒃ ᐱᔭᕆᐊᑐᔫᓂᖏᓐᓂᓘᓐᓃᑦ ᐱᒍᑦᓴᐅᕕᒋᒪᓯᐊᕐᓗᓯᒋᑦ, ᑐᖀᕐᓂᖓ ᑕᒪᓐᓇ ᐱᑦᔪᑎᓕᒃ ᐃᓂᓪᓚᑎᕆᒥᐊᓪᓛᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔨᕕᖃᑦᓯᐊᕆᐊᖃᕐᓂᖓ ᐊᓴᐱᐅᑉ ᖁᐱᕐᕈᐊᕈᓯᖓᓄᑦ ᖁᐱᕐᕆᓯᒪᔪᓄᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ.

ᖃᐅᔨᒪᐅᑎᑦᓴᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᒍᑏᓪᓗ ᓂᕿᑦᓯᐊᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑎᐅᒍᓐᓇᕆᐊᖏᑦ

ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐋᓐᓂᐊᕖᑦ ᐋᓐᓂᐊᓂᓕᕆᓂᒃᑯᑦ ᓂᕿᑦᓯᐊᓅᓕᖅᓚᔪᓂᒃ ᐱᒍᑦᔨᕕᖅᑲᖖᒥᑐᑦ. ᐊᐅᒃᑯᑦ ᐱᑕᑦᓴᖅᑲᓗᐊᕐᑐᑦ, ᓴᓇᐅᒐᕐᓄᑦ ᓴᓇᔨᒪᔪᓂᒃ ᓂᕆᕐᖃᔭᖖᒥᑐᓄᑦ, ᐊᐅᒃᑯᑦ ᐅᕐᓯᖅᑲᓗᐊᕐᑐᓄᑦ ᑎᒥᒃᑯᓗ ᐱᐅᓯᕐᓲᑎᓕᓐᓄᑦ ᓂᕿᑦᓯᐊᔫᒪᒍᑎᐅᒥᐊᓖᑦ. ᐊᕐᖁᒍᑉ ᐃᓗᐊᓂ, ᐃᓄᐃᑦ ᖃᐅᔨᒥᐊᕐᕕᐅᖅᑲᑦᑕᓚᐅᔪᑦ ᐋᓐᓂᐊᓕᓐᓂᒃ ᑖᒃᑯᓂᖓ ᐅᖅᑲᑦᑕᐅᔪᓂᑦ. ᐋᓐᓂᐊᕖᑦ ᐋᓐᓂᐊᔨᐅᕐᑎᒪᓇᖏᑦ ᑐᑦᔨᖁᐅᑎᖅᑲᑐᐊᕐᒪᑕ, ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᐅᑉ ᓂᕿᑦᓯᐊᓕᕆᔭᖓ ᖃᐅᔨᒪᐅᑎᑦᓴᓂᒃ ᐱᑕᖅᑲᕐᑎᓯᔫᖅ.

ᐱᒍᓐᓇᐅᑎᖏᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑕᐅᓂᖏᑦ

ᓄᓕᐊᕐᓂᑯᑦ ᐁᑦᑐᑑᑎᐅᒍᓐᓇᑐᓂᒃ ᐊᐅᒃᑯᓗ ᖁᐱᕐᓇᒍᑎᐅᒍᓐᓇᑐᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᔨᐅᕐᑏᑦ ᑕᒣᓐᓂ ᐋᓐᓂᐊᕖᓐᓂ

ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᓂᖅ ᓄᓕᐊᕐᓂᑯᑦ ᐁᑦᑐᑑᑎᐅᒍᓐᓇᑐᓂᒃ ᐊᐅᒃᑯᓗ ᖁᐱᕐᓇᒍᑎᐅᒍᓐᓇᑐᓂᒃ ᑲᔪᓯᓚᐅᔪᖅ ᐱᓇᓱᐊᖅᑲᑎᒥᑦᓯᒍ *INSPQ.* ᓇᐅᓕᒦᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ ᑮᓇᐅᔭᖅᑲᖅᑎᓯᒍᓐᓇᐅᓚᔪᖅ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᑦ ᐋᓐᓅᓂᐊᔨᕐᑎᖓᒥᑦ ᐃᓚᐅᒥᐊᕐᑐᒍᑎᖓᒥᓐᓄᑦ 2009-ᒥ ᐊᕐᖁᒍᑕᒦᕐᓯᐅᑎᐅᑉ ᖃᓄᐃᖕᖏᒥᓯᐊᓇᐊᖅᑲᕐᓂᒧᑦ ᐅᓪᓗᕐᑯᑎᖏᓐᓄᑦ.

ᐊᐅᒃᑯᑦ ᐱᑕᑦᓴᖅᑲᓗᐊᕐᓂᒨᓕᖅᓚᔪᒧᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᓂᖅ

ᑕᕝᕙᓂ ᐊᕐᖁᒧᒥ, ᐱᕕᑦᓴᖅᑲᕐᑎᓯᓚᐅᔪᒧᑦ ᐃᓄᓐᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᔨᐅᕐᑎᓂᒃ ᐃᓕᑦᓂᐊᑎᑕᐅᒥᐊᕐᑐᑎᑦᓯᒥᑦ ᐊᐅᒃᑯᑦ ᐱᑕᑦᓴᖅᑲᓗᐊᕐᓂᒨᓕᖅᓚᔪᓄᑦ ᑲᑎᒪᓂᕐᓄᑦ ᔫᕐᓗ ᑲᓇᑕᒥ ᐊᐅᒃᑯᑦ ᐱᑕᑦᓴᖅᑲᓗᐊᕐᑐᓄᑦ ᑲᑐᑦᔨᖅᑲᑎᖀᓐᓂᖅᓚᓄᑦ ᐃᐊᑦᒪᓐᑕᓐᒥ, 17-ᖑᒍᑎᐅᓕᕐᑐᒧᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᖃᐅᔨᓴᕐᑕᐅᓂᖏᓐᓄᑦ ᑰᑦᑐᐊᒥ, ᒣᓇ ᐊᒃᐸᕉᒃ ᑐᓴᕐᑎᔨᒍᑎᖅᑲᓚᐅᔪᖅ ᐊᐅᒃᑯᑦ ᐱᑕᑦᓴᖅᑲᓗᐊᕐᓂᖅ ᐱᕚᑦᓕᐊᓂᕆᔨᒪᔭᖅᓚᓂᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ, ᐊᒻᒪᓗ, ᑯᐯᑦᑐ ᐊᐅᒃᑯᑦ ᐱᑕᑦᓴᖅᑲᓗᐊᕐᑐᓄᑦ ᑲᑐᑦᔨᖅᑲᑎᖀᓐᓂᖅᓚᓄᑦ ᑯᐯᒃ ᓯᑎᒥ.

ᐋᓐᓂᐊᔨᐅᕐᑏᑦ ᐅᖅᓚᑭᐅᑉ ᔨᓈᓂ ᔨᑕᒪᐅᔪᖖᒥᓚᕐᑐᓂ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑕᐅᓚᐅᔪᒻᒥᔭᑦ ᐊᐅᒃᑯᑦ ᐱᑕᑦᓴᖅᑲᓗᐊᕐᓂᒨᖅᓚᔪᓄᑦ ᑯᐯᒃ ᐊᐅᒃᑯᑦ ᐱᑕᑦᓴᖅᑲᓗᐊᕐᑐᓄᑦ ᑲᑐᑦᔨᖅᑲᑎᖀᓐᓂᖅᓚᓄᑦ. ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑕᐅᓂᖏᑦ ᑲᔪᓯᑦᓯᐊᓚᐅᔪᖅ. 24 ᐃᓕᓐᓂᐊᓇᐊᕐᓯᒪᑦᓯᑎᒃ, ᓂᕿᑦᓯᐊᓕᕆᔫ ᐃᖅᑫᓕᓴᔫᑦᓗ ᐃᓚᒥᔭᐅᒻᒥᑎᑦᓗᒥᒃ.

ᐃᓕᓐᐊᓂᑎᑦᓯᓂᖅ ᐋᓐᓂᐊᔨᐅᕐᑎᖅᓚᓂᒃ ᐃᓅᓕᑦᓯᕕᐅᑉ ᓂᕿᑦᓯᐊᓅᓕᖅᓚᔪᓄᑦ ᐃᖅᑫᓕᓴᕐᓂᒧᑦᓗ ᐊᐅᒃᑯᑦ ᐱᑕᑦᓴᖅᑲᓗᐊᕐᓂᒨᖅᓚᔪᓄᑦ.

ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ ᐃᓕᓐᐊᓂᑎᑕᐅᑎᑦᓯᒍᓐᓇᓚᐅᔪᖅ ᒦᕐᑮᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᔨᐅᕐᑎᖏᓐᓂᒃ ᐃᓅᓕᑦᓯᕕᐅᑉ ᓂᕿᑦᓯᐊᓅᓕᖅᓚᔪᓄᑦ ᐃᖅᑫᓕᓴᕐᓂᒧᑦᓗ ᐊᐅᒃᑯᑦ ᐱᑕᑦᓴᖅᑲᓗᐊᕐᓂᒨᖅᓚᔪᓄᑦ.

ᐃᓕᓐᓂᐊᕖᑦ ᖃᓄᐃᖕᖏᒥᔨᐊᓇᐊᖅᑲᕐᓂᖏᓐᓄᑦ ᐸᓇᔨᐊᕋᑦᓴᖅ

ᐊᑕᐅᔨᐅᓕᖅᓚᔪᖅ ᑲᑐᑦᔮᓇᔭᐅᑦᔨᓂᓗ ᐸᓇᔨᐊᕋᑦᓴᖅ ᖃᓄᐃᖕᖏᒥᔨᐊᓇᐊᖅᑲᕐᓂᒥᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᔨᒪᑦᔨᐊᓇᐊᖅᑲᕐᓂᒥᓐᓗ ᑫᓐᓚᑐᐃᒍᑎᒃ. ᑲᔪᔩᕐᑐᖅ 2010-2011-ᒥ. ᐃᓚᖏᑦ ᑌᔭᐅᔨᒪᔪᑦ ᖁᓖᓂ (ᐅᓪᓖᕿᒥᑕᕐᑎᔨᓃᑦ, ᐱᖕᖑᐊᑎᑦᔨᓃᑦ, ᐁᐊᓅᓐᓂᒨᓕᖅᓚᔪᑦ, ᐊᔨᖏᓪᓗ.). ᑌᒣᒐᓗᐊᕐᑎᓗᒍ, ᐅᖅᑲᐅᔨᖅᑭᒪᔪᑦ ᑖᑦᓯᒪ ᐃᓗᐊᒍᑦ ᐱᒍᓐᓇᔨᔭᐅᖅᑲᑦᑕᑐᓂᒃ, ᔨᓇᑐᐃᓐᓃᑦ ᐊᕐᑯᑎᐅᑎᓪᓗᖏᑦ ᖃᓄᐃᖕᖏᒥᔨᐊᕿᑎᑦᓴᑦ ᐸᓇᔨᐊᕐᑕᐅᒍᑎᐅᒍᓐᓇᒪᑕ.

ᐃᓕᓐᓂᐊᕖᑦ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕆᐊᖃᕐᓂᖏᓐᓄᑦ ᐱᓇᓱᐊᕋᑦᓴᑦ ᑐᕌᕐᓂᓕᐊᖑᓯᒪᔪᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᓐᓄᑦ: ᐊᐅᓚᑦᔭᕆᐊᕈᑎᑦᓴᑦ

2010-2011 ᐃᓕᓐᓂᐊᓇᐅᑉ ᐊᕐᕌᒍᖓᓂ, ᐊᒥᓱᑦ ᐊᓯᑦᔨᑕᐅᓚᐅᔪᑦ ᑐᑦᓯᕋᐅᑎᓗᒍ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᓐᓂ ᐱᓯᒪᔪᑦ ᐊᒥᓱᖕᖑᓯᑎᒃ. ᓴᐳᒻᒥᓯᒪᓂᖅ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᓐᓂ ᐊᒥᓱᐃᑎᒍᑦ ᐊᑦᔮᕆᖕᖏᑐᑎᒍᓐᓗ ᐊᑑᑎᑎᑕᐅᖃᑦᑕᓚᐅᔪᑦ, ᐅᒪᖕᖓᑲᓴᓕᒫᓐᓗ, ᐊᑦᔮᕆᖕᖏᑐᐅᔫᓗᓐᓂᒃ ᑭᖕᖒᒪᒋᔭᖃᕐᓯᑎᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᕖᑦ ᐊᑐᓂᑦ.

ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐱᒍᑦᔭᐅᒍᑎᖏᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᕖᑦ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕆᐊᕐᓂᖏᑦᑕ ᐃᓗᐊᒍᑦ ᐊᕿᑦᑐᑕᐅᓚᐅᔪᖅ ᐊᑕᐅᓯᐅᖕᖏᑐᓄᑦ ᐱᓇᓱᐊᑦᓴᓕᐊᖑᑦᓯᓂ ᓯᕗᓪᓕᐅᔭᐅᒥᐊᖃᕐᑐᓇᔭᐅᔪᑦ ᓯᓄᓪᓕᐅᑎᑕᐅᑎᓪᓗᒥᑦ ᓄᓇᕕᐅᑉ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᖏᑦᑕ ᐃᓂᓪᓚᖕᒪᐅᓯᖏᑦ ᒪᓕᑦᓯᒥᑦ. ᓯᕗᓪᓕᐅᔭᐅᒥᐊᖃᕐᑐᓇᔭᐅᔪᑦ ᑕᒡᒐᓂ ᐊᕐᕌᒍᒥ ᓇᓪᓕᑳᕐᑕᐅᖃᑦᑕᓚᐅᔪᑦ ᐃᒣᓕᖕᒪᐅᑎᖏᓐᓃᑐᓂᒃ ᓈᒻᒪᓈᕐᐱᖃᕐᓯᒪᑐᐊᕐᒪᑕ:

- ᓯᕗᓪᓕᐅᔭᐅᒥᐊᖃᕐᓂᕋᑦᑕᖏᓐᓄᑦ ᑲᑎᕕᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᓕᕆᓂᐅᑉ ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᑭᒻᒪᑐᕐᑎᖏᓐᓄᑦ ᓄᓇᕕᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᕕᐅᓐᓗ ᑲᑎᒪᔨᖏᓐᓄᑦ;
- ᐃᓕᓐᓂᐊᕖᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᑏᓐᓗ ᑭᖕᖒᒪᒋᔭᖏᑦ ᓯᕗᓪᓕᐅᔭᐅᒥᐊᕇᑦ;
- ᓄᓇᓕᓐᓂ ᓄᓇᕕᒻᒥᓗ ᐱᓂᐊᕐᓂᖃᕐᑎᓯᓂᐅᔩᑦ ᐊᑲᐅᓯᓕᐅᒥᒥᐊᖃᕐᓂᖏᑦ;
- ᐱᓇᓱᐊᕋᑦᓴᐅᑉ ᑲᔪᓯᑦᓯᐊᕈᓐᓇᕕᖃᕐᓂᖓ ᐊᐅᓚᑦᔭᕆᐊᕈᑎᐅᔪᐃᓐᓅᓂᑦ ᖃᓄᐃᓕᒥᐊᕈᑎᐅᓯᒪᓂᖏᑦ.

ᐱᓇᓱᐊᕋᑦᓴᓕᐊᖑᓯᒪᔪᑦ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᓂᖃᕐᓯᑎᒃ ᐱᕙᓪᓕᐊᑎᑕᐅᓯᒪᔪᐃᓐᓅᓂᑦ ᐅᑯᐊᖑᓚᐅᔪᐳᑦ:

<u>ᓯᕗᓪᓕᐹᑦᓯᐊᖅ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓕᓐᓂᐊᕖᑦ ᐱᖕᖑᐊᓂᖃᕐᑎᑕᐅᓂᖏᑦ: ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓂᒎᓕᖕᒪᔪᖅ ᐃᓕᓐᓂᐊᓯᒪᑦᓯᐊᕆᐊᖃᕐᓂᒍᓐᓗ</u>

ᓯᕗᓪᓕᐹᑦᓯᐊᖑᑦᓯᓂ ᓄᓇᕕᒻᒥ, ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᓕᒫᑦ ᐱᕕᑦᓴᖃᓚᐅᔪᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓕᓐᓂᐊᕖᑦ ᐱᖕᖑᐊᓂᖃᕐᑎᑕᐅᑎᓐᓗᒥᑦ, ᑰᑦᔪᐊᕌᐱᓪᒥ/ᒍᐊᑉᒪᑰᔅᓯᐃᒥ ᐁᕆᑯ 7-ᒥᑦ 13-ᒧᑦ, 2011.

ᑐᕌᕐᓂᖃᕈᑎᐅᑦᓯᓂ ᑲᑎᑎᑦᓯᓂᕐᒥᒃ ᐱᓇᓱᐊᕋᑦᓴᓕᐊᖑᓯᒪᔪᖅ ᐱᑦᔪᑎᒥᑦᓯᒍ, ᐃᓕᓐᓂᐊᑏᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᓪᒥ ᐅᐱᒍᓯᓐᓗᑎᒃ ᑭᒻᒪᑐᕐᑐᓴᐅᓂᖏᓐᓂᒃ ᓄᓇᕕᓪᒥ ᐱᖕᖑᐊᑎᑦᓯᓂᖅ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᓕᒫᓂ ᐊᑑᑎᑎᑕᐅᑎᓐᓗᒍ. ᐆᒃᑑᐱᖅᑭᐅᑉ ᕿᑎᖓᓂᑦ, ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᓕᒫᑦ ᐃᓚᐅᓛᕐᓂᖏᓐᓄᑦ ᓯᕐᑯᐃᑕᐅᑦᓴᐅᑎᒥᓚᐅᔪᒍᑦ. ᐃᓕᓐᓂᐊᕖᑦ ᐃᓚᐅᒍᑎᒥᓂᒃ ᐊᑭᓖᖏᐊᕋᓚᐅᔪᑦ $2000-ᓂᒃ ᐱᖕᖑᐊᑎᑦᓴᒥᓂᓐᓗ ᓯᕐᑯᐃᓯᓗᑎᒃ ᐅᑭᐅᓕᓐᓂᒃ 11-ᓂᑦ 16-ᓄᑦ (11-12 ᐅᑭᐅᓕᑦ: ᒥᑭᓂᕐᓴ; 13-14 ᐅᑭᐅᓖᑦ: ᐅᕕᒃᑲᐅᓂᕐᓴᑦ; 15-16 ᐅᑭᐅᓖᑦ: ᐅᕕᒃᑲᒪᕆᐅᓂᕐᓴᑦ). ᐃᓚᐅᒍᑎᓂᒃ ᐊᑭᓖᑎᑦᓯᓂᖅ ᐱᕕᖃᕐᑎᓯᓚᐅᔪᖅ ᐱᓇᓱᐊᖃᑎᒥᓰᕗᑦ (ᑲᕙᒫᐱᒃᑯᑦ ᐊᓯᖏᓐᓗ ᑎᒥᐅᔪᑦ) ᐃᓚᐅᑎᑕᐅᓂᖏᓐᓄᑦ.

ᐃᓕᓐᓂᐊᕖᑦ ᑕᕐᓴᓴᕐᒥᓂᒃ ᓴᓇᒍᓐᓇᕕᖃᕐᑎᑕᐅᓚᐅᔪᑦ ᐱᖕᖑᐊᑎᒥᑕ ᓇᓗᓃᒃᑯᑕᑦᓴᖏᓐᓂᒃ. ᐃᓕᓐᓂᐊᑏᑦ ᐅᐱᒍᓯᑦᑐᒪᕆᐅᓚᐅᔪᑦ ᑕᕐᓴᒥᒃ ᐊᑐᕈᓐᓇᕆᐊᒥᒃ ᓴᓇᔭᕕᓂᕐᒥᒃᓂ; ᐃᑉᐱᒍᓯᒍᑎᐅᑦᓯᓂᓗ ᓇᑭᒥᐅᔭᐅᓂᕐᒥᒃ ᐱᖕᖑᐊᑎᐅᓂᕐᒧᓗ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᓪᒥᓄᑦ. ᖃᐅᔨᓴᕐᓃᑦ ᓄᐃᑦᓯᓯᒪᔪᑦ ᓇᑭᑦ ᐱᓯᒪᓂᕐᒥᒃ ᓇᓗᕐᑯᑎᖕᖏᓂᖅ ᐱᕙᓪᓕᓇᕐᑑᒥᐊᖓ ᐱᐊᕋᕐᒍᑦ. ᑕᒡᒐᓂ

ᐊᕐᖁᒧᒥ, ᐱᖕᒪᔫᔪᕐᑐᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᕖᑦ ᑕᕐᓴᓯᕐᒥᓂᒃ ᓴᓇᒍᓐᓇᕕᖅᑎᑕᐅᓚᐅᔪᑦ ᐱᙳᐊᑎᕐᑯᑎᒥᓄᑦ, ᐃᓚᐅᖅᑎᐅᓚᐅᔪᖕᒥᓇᒥ 2010-ᒥ ᐃᓕᓐᓂᐊᕖᑦ ᐱᙳᐊᑎᑕᐅᓂᖅᑲᕐᑎᓗᒥᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᓕᒫᑦ ᐱᙳᐊᑎᕐᑯᑎᖅᑲᕐᓕᑐᑦ.

224-ᖑᓗᐅᔪᑦ ᐱᙳᐊᑏᑦ ᐱᙳᐊᓂᐅᔪᓂᑦ. ᐅᓄᕐᓯᒥᐊᕐᓯᒪᔪᖅ 55%-ᒧᑦ 2010 ᓴᓂᐊᓂᑦ (145 ᐱᙳᐊᑏᑦ ᐃᓚᐅᓯᒪᒻᒪᑕ) 167%-ᓗ ᓴᓂᐊᓂ 2006-ᒥ ᐊᕐᖑᒥᓕᐅᑎᓂᖅ ᐊᑑᑎᑎᓪᓗᒍ.

ᑖᒃᑯᐊ ᐱᙳᐊᓃᑦ ᐱᕖᑦᓴᓯᐊᖑᓗᐅᔪᑦ ᖃᐅᔨᑎᑦᓯᓂᕐᒧᑦ ᖃᓄᐃᖕᒥᓯᐊᕐᓂᒨᓕᖕᒪᔪᓂᒃ ᐅᕕᒃᑲᓄᑦ; ᐃᕐᑫᓕᓴᑦᓯᐊᓇᐊᕐᑲᕐᓂᖅ, ᓂᕐᑭᑦᓯᐊᑑᒪᒥᐊᕐᑲᕐᓂᖅ, ᐊᐅᒃᑯᑦ ᐱᑦᑦᓴᖅᑲᓗᐊᕐᓂᒨᓕᖕᒪᔪᓂᒃ, ᑐᐹᑭᓐᓂᒨᓕᖕᒪᔪᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᑖᓇᔭᐅᒍᓐᓇᑐᓂᓪᓗ. ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᔨᐅᑎᓪᓗᒍ ᖃᓄᐃᖕᒥᓯᐊᕐᓂᓕᓇᔩᑦ, ᑖᒃᑯᐊ ᐱᓂᐊᕐᓃᑦ ᐃᓚᐅᕕᐅᑦᓯᐊᕐᑲᑦᑕᓚᐅᔪᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᓄᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᔨᓄᑦᓗ. ᓂᓇᐅᓐᓂᖅᑲᑦᓯᐊᓗᑕ ᑭᓯᐊᓂᐅᒐᖅ ᖃᓄᐃᖕᒥᓯᐊᕋᓯᐊᕐᓂᒥᒃ ᐃᓅᓯᖅᑲᕐᓂᖅ ᑎᒍᔭᐅᖕᓖᕐᑯᓗᒍ.

ᐊᒪᕈᐃᑦ ᐃᑯᓯᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᖕᒪᑕ ᐱᙳᐊᑎᖕᒥᑦ ᖃᔫᑦᑕᑖᓚᐅᔪᑦ ᓵᓚᖅᑲᐅᑎᒥᓂᒃ ᐊᑭᒪᔫᑎᓃᑦ ᐃᓅᓐᓇᑲᔅᖕᒥᓐᓂᒃ. ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᒃ ᖃᔫᑦᑕᑖᓚᐅᔪᓪᒥᔪᖅ ᖃᓄᐃᖕᒥᓯᐊᕐᓂᒨᓕᖕᒪᔨᒃ ᑲᑎᕐᓯᐃᔪᕕᓂᐅᑎᓪᓗᒥᑦ ᖃᓄᐃᖕᒥᔨᐊᕐᓂᒧᑦ ᐃᓕᖕᒪᔪᓂᒃ. ᐱᙳᐊᓂᒃᑯᑦ ᐱᐅᓯᕐᔫᑎᑦᓯᐊᓂᒃ ᐊᑐᕐᓂᐹᑦ ᓵᓚᖃᕈᑎᐅᓚᐅᔪᖅ ᐅᒃᐱᐊᓗᐃᑦ ᐱᙳᐊᑎᖕᒥᓐᓄᑦ ᐊᔭᒍᑕᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᖕᒪᓄᑦ ᑕᓯᐅᔭᐅᕐ.

ᐃᓯᓕᒍᑎᒥᓗᒍ, ᑖᒃᑯᐊ ᐱᙳᐊᓃᑦ ᑲᔪᓯᒍᓐᓇᓂᐅᔭᓚᐅᔪᖕᒥᑐᑦ ᐱᓇᓯᐊᕐᑲᑎᐅᕚᑦᑐᑦ ᐃᓚᐅᕕᖅᑲᕐᓯᒪᖕᒥᐸᑕ.

ᑕᒡᒎᓇ, ᐱᓇᓯᑏᑦ, ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᔩᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᓇᔩᓪᓗ ᐊᓯᒪᐅᑦᑕᖅ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᖕᒪᓂᑦ ᑰᑦᔪᐊᕋᐱᒻᒥ ᓴᐳᒻᒥᔩᓪᓚᓇᐅᓚᐅᔪᑦ. ᑲᑎᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᐸᒪᖕᒪ ᐃᑲᔪᕐᓯᓚᓇᓚᐅᔪᒻᒥᔪᖅ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂᑦ ᐱᙳᐊᑐᓕᓇᓂᕐᒥᒃ ᐊᔪᕿᕐᒥᐊᕐᑎᖕᒥᑦ ᐅᑲᓃᖅᑲᑎᐅᓚᐅᔪᒻᒪᑕ. ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑦᓯᔨᑎᓗ ᐱᙳᐊᑏᑦ ᒪᓕᒐᖕᒥᓐᓂᒃ ᒪᓕᑦᑎᓯᔨᓂᒃ ᐅᕕᒃᑲᓂᒃ. ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑕᐅᓂᖕᒥᑦ ᐱᔭᓐᓇᓯᑎᑦᓯᓯᒪᔪᖅ ᑕᒡᒎᓇ ᐱᓗᐊᕐᑐᒥ ᐊᑦᔨᒌᑦᑎᓯᑦᓯᐊᐊᕐᑲᕐᓂᒥᒃ ᐱᙳᐊᑎᓂᒃ.

ᓯᕗᓂᕐᒥᒃ ᐱᙳᐊᓃᑦ ᑲᔪᓯᑦᓯᐊᕐᑯᓇᖏᓐᓇᕗᑦ ᑕᐃᑲᓂ ᐊᕐᖁᒧᒥ ᑲᔪᓯᑦᓯᐊᓚᐅᕐᑐᑎᑦ.

2010-2011 ᐱᖑᐊᓃᑦ

ᔮᓂᒻᒪᓇᒃ (ᑰᑦᔪᐊᖅ), ᐃᑯᓯᒃ (ᓴᓪᓗᐃᑦ), ᓄᕐᕕᑎ (ᐃᕗᔨᕕᒃ), ᑐᑭᓯᓂᐊᕐᕕᒃ (ᐊᑯᓕᕕᒃ), ᐃᒍᐊᕐᓯᐱᒃ (ᐳᕕᕐᓂᑐᖅ), ᐃᓐᓇᓕᒃ (ᐃᓄᒃᔪᐊᒃ), ᑭᓅᑕᖅ (ᐅᒥᐅᔮᖅ), ᐊᓯᒪᐅᑦᑕᖅ (ᑰᑦᔪᐊᕌᐱᒃ), ᓄᐃᔮᒃ (ᓴᓂᑭᓗᐊᖅ), ᐸᑕᐱᓐ ᐆᔪ (ᒍᐊᕐᒪᑰᔅᑐᐃ), ᐅᓪᓗᓇᐊᖅ (ᑲᖏᕐᓱᐊᓗᒃᔪᐊᖅ), ᐊᔮᒍᑕᖅ (ᑕᓯᐅᔮᖅ), ᑕᕐᓴᑲᓪᓚᒃ (ᐊᐅᐸᓗᒃ), ᓴᐅᑦᔪᐃᑦ (ᑲᖏᕐᓱᒃ) ᐃᓯᒻᒪᓵᕕᒃ (ᖁᐊᕐᑕᖅ), ᐊᕐᓴᓂᖅ (ᑲᖏᕐᓯᔪᐊᖅ)

ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓕᓐᓂᐊᕖᑦ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᓂᖏᑦ

ᐊᕐᖄᒎᑦ ᐃᓗᐊᓂ, ᐊᑕᐊᓯᐅᖕᖏᑐᑦ ᐊᐅᓚᑦᔭᓇᐊᕈᑏᑦ ᐊᑑᑎᑎᑕᐅᓚᐅᔪᑦ ᐊᑲᐅᓯᓕᐅᒥᒥᐊᕐᑎᓯᓂᕐᒧᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᑏᑦ ᐃᓗᓯᖕᒥᓐᓂᒃ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᓇᐊᕐᑲᕐᓂᖕᒥᓐᓂᓗ. ᑭᖕᖑᒪᓇᕐᓂᖓ ᓄᐃᑕᓕᑐᐊᕐᒪᑦ, ᐱᓇᓯᑦᑏᑦ ᓴᐳᒥᒍᓐᓇᕐᑲᑦᑕᓚᐅᔪᑦ ᓇᐊᕐᑲᓕᕆᒃ. ᑌᒣᒐᓗᐊᕐᒪᑕ, ᐃᓚᖕᒥᑎᒍᑦ ᓯᓕ ᐃᓂᑦᓚᖕᒐᐅᓯᓄᐊᖕᒐᔪᑦ ᐃᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᓂᕐᑐᑦᑕ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᓄᓇᓕᓕᒫᑎᒍᑦᓗ ᐱᔭᓇᐊᕿᑦᑐᑐᐃᓐᓇᐅᓰᕐᒍᖕᖏᑐᖅ, ᐱᓗᐊᕐᑐᒥ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᐅᑉ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᓇᔨᕐᒥᑦ ᐱᔭᑦᓴᓄᑦ ᑕᑕᒻᒥᑎᓪᓗᒥᑦ. ᐃᒻᒪᖄ ᐱᐅᔫᒐᔭᕐᑐᖅ ᖃᓄᐃᕐᓯᐊᕐᓂᓕᓇᐲᑦ ᑲᑎᒪᔨᐊᐱᕐᒥᑦ ᓄᐃᑕᐅᑉᐸᑕ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᓐᓂ ᑲᒪᔨᐅᓂᐊᕐᓗᑎᒃ ᓄᐃᑦᓯᓂᕐᒥᒃ ᑐᓴᐅᒪᖃᑎᒌᑦᑎᓯᓂᕐᒥᓗ ᑎᒥᐅᔪᓂᑦ (ᐃᓗᓯᓕᓇᔫᒃ, ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᓕᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒪᑦ ᑲᕙᒪᖓ) ᑫᓪᓚᑐᐃᒍᑏᑦ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᓇᐊᕐᑲᕐᓂᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᕐᒧᓗ ᐱᓇᓯᐊᕋᑦᓴᑦ ᓄᐃᑉᐸᑕ. ᖃᓄᐃᓕᒥᐊᕈᑎᐅᓂᐊᕈᓂ, ᓄᓈᑦ ᑮᓇᐅᔭᖅᑲᖅᑎᑕᐅᕐᒥᐊᕐᑲᕋᔭᕐᑐᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᔨᐅᓂᐊᕐᑎᓗᒍ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᒃ ᑲᑎᒪᔩᑦ ᐅᓐᓂᑑᑎᕐᒥᑦ ᒪᓕᑦᓗᒥᑦ.

ᖄᑭᕐᑏᑦ ᐊᐳᕐᑲᑦᑕᐅᑎᒥᐊᕐᑲᖕᖏᓂᖏᑦ: ᓄᓇᓕᓕᒫᑎᒍᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᕖᑦ ᐊᑭᒪᕚᑎᖏᑦ

ᐊᒪᕆᐃᑦ ᐃᑯᓯᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᖕᒐᓂᑦ ᓴᓪᓗᓂ ᐃᓚᐅᕕᕐᑲᓚᐅᔪᑦ ᖄᑭᕐᓂᑯᑦ ᐊᑭᒪᕚᑎᓂᕐᒥᒃ ᐊᐳᕐᑲᑦᑕᐅᑎᓂᕐᑲᓇᐊᕐᑲᖕᖏᑐᒥ. ᑲᑎᕕᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᓕᓇᓂᖅ ᐃᓚᐅᓯᕐᑲᒥᐅᑎᓪᓗᒍ (ᓯᑉᑎᒻᐱᓇ 2009-ᒥ) ᓛᒃ ᓰᓐᑦ ᓗᐃ ᐃᓕᓐᓂᐊᑏᑦ ᐱᖕᖑᐊᑎᖕᒥᑦᑕ ᑲᑐᑦᔨᕐᑲᑎᒦᓐᓂᖕᒐᓗ, ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐱᓯᒪᔪᖅ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᒃ ᐃᓚᐅᓂᖕᒐ ᑐᖕᒐᓕᐅᒍᑎᐅᓕᕐᑐᖅ ᑯᐯᒻᒥ ᐱᖕᖑᐊᓂᕐᒍᑦ. 15 ᐃᓕᓐᓂᐊᑏᑦ ᐅᑭᐅᓖᑦ 11-ᓂᑦ 13-ᓄᑦ ᐃᑯᓯᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᖕᒐᓂᑦ ᐃᓚᐅᓚᐅᔪᑦ ᒪᓐᑐᕆᐊᒥ ᒦᑦᔨ 24-ᒥᑦ 28-ᒧᑦ ᑕᒻᒐᓂ ᐊᕐᖄᒎᒥ.

ᐊᕐᖂᒍᐃᑦ ᓯᑕᒪᐅᔪᕐᑐᑦ ᓈᔪᓂ, ᖄᑭᕐᑎᓯᓂᖓ ᐃᑯᓯᐅᑉ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᖓᑕ ᐊᑦᔨᐅᖕᒥᑦᑐᒥᒃ ᐱᑕᖅᑲᕐᑎᓯᔫᖅ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᓂᒃ ᐱᕕᑦᓴᖅᑲᕐᑎᓯᑦᓯᓂ ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑦᓯᓂᕐᒥᒃ ᐱᖕᖑᐊᕈᒪᔭᕐᒥᓐᓂᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᓇᐅᑉ ᕿᕙᓪᓗᒍᓯᕐᒥᓐᓂ. ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓄᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᓪᓚᕆᑦᓯᒪᔪᖅ ᑕᒃᑯᓇ ᖄᑭᕋᐱᑦ ᐱᐅᒃᑯᑎᖕᒥᓐᓂᒃ ᓂᐅᕕᕐᓂᑯᑦ ᐳᒃᑭᓂᕐᓴᒦᑦᑐᓄᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᓄᑦ, ᐊᐅᓚᒍᑎᖕᒥᓐᓂᒃ ᐱᐅᑯᑎᖕᒥᓐᓂᓗ ᐊᑭᓖᑦᓯᓂ.

"NunActive": ᐱᓇᓯᐊᕿᑦᓴᖅ ᐊᐅᓚᑦᔭᕆᐊᖅᑎᒦᓐᓂᒍᑦ

"NunActive" ᑐᑭᓕᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᓄᓈᑦ ᐊᐅᓚᑦᔭᕆᐊᕐᓯᒪᔪᑦ ᑲᔪᕐᒥᕐᓴᒍᑎᒃ ᖃᓄᐃᖕᖕᒥᓯᕆᑎᑦᓴᖕᒥᓐᓄᑦ ᐅᕕᒃᑫᑦ. ᓄᓇᓕᒻᒥ ᐱᒥᐊᕐᑐᒥᒃ ᐊᐅᓚᑦᔭᕆᐊᕐᓂᒥᒃ ᐱ5ᔪᑎᖅᑲᕐᓯᓂ, ᑲᔪᕐᒥᕐᓴᑕᐅᓂᕐᒥᒃ ᑲᔪᓯᑎᑦᓯᓯᐊᕐᓂᒥᓪᓗ ᖃᓄᐃᖕᖕᒥᓯᐊᕐᓂᓕᕆᒍᑎᓂᒃ. ᐱᔭᕆᐊᑭᑦᑐᑐᐃᓐᓇᕐᒥᓪᒪᑦ, ᐊᑕᐅᓯᐅᖕᖕᒥᑐᑦ ᐱᓅᑌᑦ ᓄᓇᕕᒻᒦᑐᑦ ᐃᓯᒪᒥᔭᐅᒥᐊᖅᑲᕐᖁᑦ:

- ᐊᑦᔨᒦᓕᕐᑎᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᐱᓇᓯᐊᕿᑦᓴᑦ ᓈᒻᒪᓈᕿᑎᓗ ᖃᓄᐃᓕᖓᓂᖓᓄᑦ;
- ᓄᓇᓕᓕᒫᑎᒍᑦ ᓄᓈᓪᓗ ᐊᐅᓚᑦᔭᕆᐊᕈᑎᖕᒥᑦ ᑲᔪᓯᕐᑎᑕᐅᔫᑦ ᑎᒥᐅᔫᖅᑲᑎᒦᑦ ᐱᓇᓯᐊᖅᑲᑎᒦᑦᑎᓇᒥᑦ;
- ᐃᑭᓗᐊᕐᑐᑦ ᐱᒍᓐᓇᐅᑎᓖᑦ ᐱᓇᓯᑦᑏᑦ.

ᐊᑕᐅᓯᐅᖕᑐᑦ ᑲᑎᒪᓃᑦ ᐊᔫᑎᓚᐅᔪᑦ ᓄᐃᑦᓯᖅᑲᑎᒦᓐᓂᒍᑦ ᐱᓇᓯᐊᖅᑲᑎᒦᒍᑎᑦᓴᖕᒥᓐᓂᒃ ᑎᒥᒻᒪᕇᑦ (ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᓕᕆᓂᖅ, ᐃᓗᓯᓕᕆᕕᒃ, ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᕙᒪᖓ).)ᑭᐊᖕᒍᓚᓗᐊᖅ, ᐅᐱᕐᖓᓚᓴᐅᑎᓪᓗᒍ, ᐊᔪᐃᓐᓇᐅᔨᒍᑎᐅᓚᓗᐊᕐᒪᑦ ᑲᔪᓯᕐᕐᑲᔭᐅᓚᐅᔪᖕᖕᒥᑐᖅ ᑕᒪᓐᓇ. ᖃᑎᒪᓂᖅᑲᕆᐊᓪᓛᕐᑐᓴᐅᓚᓗᐊᑦ ᖃᒻᒥᒍᑦ ᐋᕐᕐᑭᕈᑎᑦᓴᒥᓪᓗ ᓄᐃᑦᓯᖅᑲᑎᒦᓪᓗᑎᒃ.

ᐱᔭᕆᐊᑭᑦᑐᑐᐃᓐᓇᐅᕐᒥᓪᒪᑦ, ᖃᓄᐃᖕᖕᒥᓯᐊᕐᓂᓕᕆᒍᑏᑦ ᐱᑕᖅᑲᕐᓯᐊᕆᐊᖅᑲᕐᓯᑎᒃ, ᐱᓗᐊᕐᑐᒥ ᐃᓅᓯᖅᑲᕐᓂᒃ ᖃᓄᐃᖕᖕᒥᓯᐊᕐᓂᒦᓪᓗᓂ, ᐊᑲᐅᓯᓕᐅᒥᒍᓐᓇᑐᖅ ᑎᒥᐅᔫᖅᑲᑎᕐᒦᑦ ᐱᓇᓯᐊᖅᑲᑎᒦᓕᐅᒥᓕᕐᐸᑕ ᑭᓯᐊᓂ ᐸᕐᓇᓯᒪᐅᑎᓂᒃ ᑐᕿᓚᖅᑲᕐᓗᑎᒃ ᐱᓇᓯᐊᖅᑲᑎᖕᒥᓪᓗᑎᓗ (ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᓕᕆᓂᖅ, ᐃᓗᓯᓕᕆᕕᒃ, ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᕙᒪᖓ). ᐊᑕᐊᓯᐅᖕᖕᒥᑐᑦ ᐋᕐᕐᑭᓯᒪᐅᑏᑦ ᓄᐃᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᐱᓇᓯᐊᖅᑲᑎᒦᓂᒍᑦ ᓄᐃᑦᓯᒍᑎᐅᒍᓐᓇᑐᑦ ᓈᒻᒪᓈᕐᓂᐹᒥᒃ ᐱᕙᓪᓕᐊᑎᑦᓯᒍᑎᐅᓂᐊᕐᑐᒥᒃ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐱᒍᓐᓇᓂᖕᒥᓐᓂᓗ ᕿᓪᓚᑐᐃᓂᕐᒥᒃ ᖃᓄᐃᖕᖕᒥᓯᐊᕈᑎᑦᓴᓂᒃ.

ᖃᐅᔨᒪᐅᓯᖅᑲᕐᓂᖅ – ᐃᑉᐱᒍᓱᓐᓂᖅ – ᖃᐅᔨᒪᑎᑦᓯᓂᖅ

ᑲᒪᓇᓯᐊᕐᓂᖅ ᐃᑉᐱᒍᓱᓚᓯᐊᕐᓂᓗ ᖃᐅᔨᑎᑦᓯᒍᑎᐅᒥᐊᖅᑲᔫᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᓂᒃ

ᐊᑕᐅᓯᐅᖕᖕᒥᑐᑦ ᐱᓇᓯᐊᕐᓂᑦ ᐊᔫᑎᔭᐅᖅᑲᑦᑕᓚᐅᕐᑐᑦ, ᐃᓚᖕᒥᑦ ᑲᔪᓯᔪᒥᒃ ᐱᓇᓯᐊᕈᑎᐅᑦᓯᑎᒃ (ᐆᑦᔫᑎᒥᓗᒍ, ᐃᑉᐱᒍᓱᓚᓯᐊᖕᒥᓇᓕᒫᕐᓂᖅ). ᐱᓇᓯᐊᕐᑕᐅᓗᐊᖕᖑᐊᑎᓪᓗᒥᑦ ᐅᑯᐊ:

- ᑭᓯᑕᐅᒪᒍᑎᓂᒃ ᑲᑎᕐᓯᐃᕕᒻᒨᖁᓂᖅ ᑲᔪᓯᔪᖅ (ᓲᕐᑯᐃᓯᒍᑏᑦ ᓯᑲᑦᑐᑰᕐᑎᒃᑯᑦ ᑎᑭᑎᑕᐅᔫᖕᒍᒻᒪᑕ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔨᕕᖕᒪᓄᑦ) ᐋᓐᓂᐊᑖᕆᔭᐅᓯᒪᔪᓄᑦ ᖃᐅᔨᑎᑦᓯᒍᑎᐅᒥᐊᖅᑲᔫᓄᑦ, ᓄᓕᐊᕐᓂᑯᑦ ᐁᑦᑐᑰᑎᐅᔫᓄᑦ ᓄᓕᐊᕐᓂᑯᓪᓗ

ᐁᑦᑐᑑᑎᐅᓰᖕᒍᖕᖏᑐᓄᑦ;

- ᓴᕐᑭᔨᒪᑎᓕᐅᕐᓂᖅ ᑐᑭᔨᒪᐅᑎᑦᓴᓂᒃ ᐁᑦᑐᑑᑎᐅᓰᓄᑦ ᐋᓐᓂᐊᓄᑦ ᑐᓴᕐᑎᔨᒍᑎᐅᖅᑲᑦᑕᕆᐊᓕᓐᓄᑦ ᐊᕐᕿᒎᑉ ᐃᓗᐊᓂ ᓯᑕᒪᕕᑦᑐᒥᒃ ᐊᑕᐅᓯᕕᑦᑐᓪᓘᓃᑦ;
- ᓴᕐᑭᔨᒪᑎᓕᐅᕐᓂᖅ ᑐᑭᔨᒪᐅᑎᑦᓴᓂᒃ ᐁᑦᑐᑑᑎᐅᓰᓄᑦ ᐋᓐᓂᐊᓄᑦ ᑐᓴᕐᑎᔨᒍᑎᐅᖅᑲᑦᑕᕆᐊᓕᓐᓄᑦ (ᑲᓕᒦᑎᐊ, ᑳᓄᕆᐊ, ᐳᓓᓪᓗᓇᕐᓗ);
- ᓄᐃᑦᓯᓂᖅ ᐱᓇᓯᐊᕈᑎᐅᖅᑲᑦᑕᓂᐊᕐᑐᓂᒃ ᐃᑯᓪᓚᑎᑦᓯᒥᐊᕐᓂᒧᑦ ᓄᓕᐊᕐᓂᑯᑦ ᐁᑦᑐᑑᑎᐅᓰᓂᒃ, ᕿᓪᓚᑐᐃᒍᑎᑦᓴᓂᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᒍᑎᑦᓴᓂᓪᓗ (ᑲᑐᑦᔫᕆᔮᐅᓂᖓ ᓄᓕᐊᕐᓂᑯᑦ ᐁᑦᑐᑑᑎᐅᓰᓄᑦ ᑲᒪᒋᔭᓕᒻᒧᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑎᒧᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔨᕕᒻᒥ ᓄᓇᓕᓐᓂᓗ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑎᓄᑦ ᐅᖓᓯᒡᒐ ᑐᓪᓚᑦᑕᕕᐅᑉ ᐃᓅᓕᑦᓯᕕᐅᓪᓗ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑎᖏᓐᓄᑦ);
- ᓄᑕᐅᓯᓕᕐᑎᑕᐅᒋᐊᕐᓂᖏᑦ ᑭᓯᑕᐅᒪᒍᑏᑦ ᐊᓪᓚᓯᒪᐅᑎᖏᑦ ᓄᓕᐊᕐᓂᑯᑦ ᐁᑦᑐᑑᑎᐅᓰᒧᑦ ᑳᓄᕆᐊᒧᑦ ᑐᑭᑖᕆᔩᑦ ᖃᐅᔨᒪᐅᑎᑦᓴᕆᓂᐊᕐᑕᖏᓐᓂᒃ (ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑎᒪᕆᒃ ᑲᑎᒪᔨᓕᒃ ᐋᓐᓂᐊᑖᕆᔭᐅᓰᓂᒃ, ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔨᕕᐅᑉ ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᔨᖕᒐ, ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᔩᓪᓗ);
- ᕿᒥᕐᕈᓂᖅ ᓇᐅᑦᓯᑐᐃᓂᕐᓗ MedEcho-ᒥᒃ ᐃᓅᒍᓐᓂᑐᐱᓃᓪᓗ ᑭᓯᑕᒪᐱᖏᓐᓂᒃ ᐱᕙᓂᒃ;
- ᖃᐅᔨᓴᕐᓂᖅ ᖃᐅᔨᒪᑎᑦᓴᖃᐅᑎᖃᕐᕕᓴᒥᒃ ᓴᕐᑭᑎᑦᓯᓂᕐᒥᓗ ᑭᓯᑕᒪᒍᑎᓂᒃ ᖃᐅᔨᒪᑎᑦᓴᓂᒃ: ᑭᓯᑕᐅᒍᑏᑦ ᐋᓐᓂᐊᕕᓪᒦᒥᐊᖃᓪᓚᕿᕙᕕᓂᕐᓄᑦ ᐃᓅᒍᓐᓂᑐᐱᓂᕐᓂᓗ.

ᓯᓕ, ᑲᒪᓇᓯᐊᒍᑏᑦ ᓄᐃᑕᐅᖃᑦᑕᓚᐅᕙᓪᒥᕙᖅ ᐃᑲᕙᕐᓯᒪᒍᑎᐅᓂᐊᕐᑎᓗᒥᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓪᒥ (ᐋᕐᕿᔨᒪᐅᑎᑦᓴᐅᑉ ᐸᕐᓇᔨᒪᐅᑎᖓ, ᐋᓐᓂᐊᓂᓕᕆᓂᕐᒍᐊᖓᕙᓂᒃ ᐱᓇᓯᐊᕐᓂᑦ, ᖃᐅᔨᒪᐅᑎᑦᓴᑦ ᐸᕐᓇᔨᒪᐅᑎᓪᒪᕆᖓ, ᐊᓯᖏᓪᓗ) ᓄᓇᓕᓐᓂᓗ. ᐃᓚᕐᑲᕐᓯᑎᒃ, ᐊᓯᖏᑦ ᐱᓪᒥᑎᓪᓗᒥᑦ, ᐃᓄᓕᒫᑦ ᑭᓯᑕᐅᒍᑎᖏᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᕆᓂᒃᑯᓘᓐᓃᑦ ᑭᓯᒍᑏᑦ MedEcho, ᐃᓅᓕᕐᑐᐱᓃᑦ, *MADO*, ᐊᓯᖏᓪᓗ.

ᓄᓇᓕᓕᒫᑎᒍᑦ ᐸᕐᓇᔨᒪᐅᑎᒃ ᑲᒪᓇᓯᐊᒍᑎᖅᑲᕐᓂᒧᑦ ᑎᒥᐅᑉ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓂᖓᓂᒃ

INSPQ-ᑯᑦ ᐱᓇᓯᐊᕐᑲᑎᒌᑦᓯᒋᑦ, ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ ᐱᓇᓯᐊᓚᐅᕙᖅ ᐊᓪᓚᓯᒪᕙᖕᖑᑎᑦᓯᓂᕐᒥᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᓇᐅᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᖏᑦ ᖃᓄᐃᓕᖓᓕᕐᒪᖓᑕ. ᑖᓐᓇ ᓴᕐᑭᑦᓯᒍᑎᒃ, ᐱᓇᓯᐊᑦᑕᐅᓂᖓ ᑲᕙᓯᓚᖓᕙᖅ ᐊᕐᕿᒎᓚᖓᕙᒥ, ᐱᓗᐊᕐᑐᒥ ᓄᐃᑦᓯᒥᐊᓪᓚᓚᖓᒪᑦ ᒪᓘᓇᐅᑎᓂᒃ ᕿᒥᕐᕈᑎᑦᓯᒥᐊᓪᓚᕈᑎᐅᓚᖓᑦᓯᓂᓗ ᐃᓅᖃᑎᒦᓂᑯᑦ ᖃᓄᐃᓕᖓᓂᐅᑉ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᒃᑯᓗ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓂᒎᓕᖓᕙᓂᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᑎᒍᑦ ᐊᓯᖏᓐᓂᓗ ᐃᓄᐃᑦ ᑯᐯᓪᒥᐅᑦ ᑲᓇᑕᒥᓗ ᖃᓄᐃᓕᖓᓂᕐᒥᓂᖏᓐᓄᑦ. ᐊᓪᓚᓯᒪᕙᖕᖑᑕᐅᒍᑎᖓ ᓴᕐᑭᑕᐅᓛᕐᑐᓴᐅᕙᖅ ᐅᑭᐊᑦᓴᖅ 2011-ᒥ.

ᑕᒪᓐᓇ ᓯᕗᓪᓕᐸᐅᑦᓯᓂ ᓴᕐᑭᑕᐅᕙᖅ ᑕᓪᓕᒪᐅᓪᒪᑕ ᓴᕐᑭᑕᐅᓛᕐᑐᑦ: ᐃᓅᕐᑲᑎᖏᓐᓂᑯᑦ ᖃᓄᐃᓕᖓᓃᑦ, ᐱᐅᓯᕐᓰᑎᑦ ᐃᓅᓯᕐᒥᒍᑦᓗ ᖃᓄᐃᓕᖓᓂᑦ, ᐊᓇᓇᐅᕙᑦ ᐃᓅᓕᕐᑲᓖᓪᓗ ᐃᓗᓯᖏᑦ, ᐊᓂᕐᕋᕆᔭᐅᕙᑦ ᖃᓄᐃᓕᖓᓂᖏᑦ ᐃᓘᓐᓈᒍᓪᓗ ᐃᓄᐃᑦ ᐃᓗᓯᖏᑦ. ᑭᓯᑕᐅᒍᑏᑦ ᓯᕗᓪᓖᖏᓐᓄᑦᒪᕐᑭᒃ ᐱᔭᕐᑭᕐᑕᐅᓯᒪᓕᕐᔫᒃ, ᐊᓯᖏᑦ ᐊᓈᓇᐅᕙᑦ ᐃᓅᓕᕐᑲᓖᓪᓗ ᐃᓗᓯᖏᑦ ᖃᓄᐃᓕᖓᓂᖏᓐᓄᑦ ᐱᔭᕐᑮᕐᑕᐅᕙᓪᓕᐊᓕᕐᑎᓗᒋᑦ.

ᓈᓴᐅᑏᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᔪᖅ

ᐱᓇᓱᐊᕐᑲᑎᕐᑲᕐᓂᖅ ᐱᓇᓱᐊᕐᑲᑎᐅᐸᑦᑐᓂᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᓄᓇᕐᑲᕐᐱᖕᒥᓐᓂ ᐱᖕᒪᓯᓅᑦᑐᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᑭᓯᑕᐅᒪᔪᑎᓄᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᑲᓇᑕᒥᐅᑦ ᐱᑦᔪᑎᒥᑦᓯᒥᑦ (ᓈᓴᐅᑏᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᖅ) ᓄᐃᑦᓯᓚᕐᕿᔪᑎᐅᓯᒪᔪᖅ ᐱᑐᑦᓯᒪᐅᑎᒥᒃ ᐊᑐᕐᑕᐅᔫᓐᓇᕐᑲᑦᑖᓖᓕᕐᑐᒥᒃ ᖃᓪᒥᑯᑦ. ᐱᓇᓱᐊᕐᑲᑎᒥᑦᓯᒥᑦ ᓄᓇᕐᑲᕐᐱᐅᔪᑦ, ᓴᕐᕿᑕᐅᔪᑦᓴᓂᒃ ᓇᓪᓕᑳᕈᑎᕐᑲᕐᑲᑦᑕᓚᐅᔪᒍᑦ. ᐱᓇᓱᐊᕐᑲᑎᒥᐸᑦᑕᐳᑦ, ᐱᓇᓱᑦᑏᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᓐᓄ ᑎᒥᐅᔪᕐᑯᑎᖕᒥᑦ ᑐᓴᐅᒪᑎᑕᐅᔪᑦ ᖃᐅᔨᒫᐅᑎᑦᓴᑦ ᑖᒃᑯᐊ ᐱᑕᕐᑲᓇᐊᖕᒥᑦ ᑲᓇᑕᒥᐅᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᐃᓗᓯᖕᒥᑦᑕ ᖃᓄᐃᓕᖕᓕᕐᓂᖕᒥᓐᓄᑦ ᖃᐅᔨᒪᐅᑎᑦᓴᓂᒃ.

ᐊᓯᖕᒥᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᔪᑦ

- ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᕕᐅᑉ ᐱᒍᑦᔨᕕᖕᒪᑕ ᐱᓇᓱᑦᑎᖕᒥᓐᓂᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᓂᖅ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒧᐊᖕᒪᔪᓂᒃ ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ;
- ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᓂᒃ ᓴᐳᒻᒥᓯᒪᓂᖅ ᖃᐅᔨᓴᕐᓂᓄᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓚᐅᑎᑦᓯᓂᒃᑯᑦ;
- ᑭᓯᑕᐅᒪᔪᑎᓂᒃ ᑐᓴᕐᑎᓯᔪᑎᓕᐅᕐᓂᖅ ᓄᓈᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᓐᓄ ᑎᒥᐅᔪᕐᒥᑦᑕ ᑐᑦᓯᕌᓇᓯᒪᔭᖕᒥᓐᓂᒃ

ᖃᐅᔨᓴᕐᓂᖅ ᓇᐅᑦᓯᑐᐃᓂᕐᒧ

ᐊᕐᖀᓗᓂ ᐊᓂᒍᕐᑐᓂ ᑌᒣᕐᑲᑦᑕᓯᒪᓚᓚᒥᒃ, ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ ᐃᓚᐅᕕᕐᑲᑦᓯᐊᐸᑦᑐᖅ ᐊᒥᓱᐃᑎᒍᑦ ᖃᐅᔨᓴᕐᓂᐅᔪᓄᑦ, ᐱᓗᐊᕐᑐᒥ ᓂᕐᑭᑦᓯᐊᓕᕆᓂᕐᒨᓕᕐᒐᔪᓄᑦ, ᓯᒃᑯᓇᕐᑐᓅᓕᕐᒐᔪᓄᑦ, ᖃᓂᒪᓐᓇᕐᑐᓅᓕᕐᒐᔪᓄᑦ ᐊᓯᖕᒥᓂᓗ.

ᐅᑯᐊ ᑌᔭᐅᔪᑦᓴᐅᖁᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᕐᑲᑦᑐᓄᑦ:

- ᖃᐅᔨᓴᕐᓂᖅ ᐱᐊᕗᑦ ᐅᕕᒃᑫᓗ ᐱᕈᕐᐸᓕᐊᓂᕐᒥᑦ: ᐊᕐᖀᓗᓚᐅᕐᑐᒥ, ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ ᐱᓇᓱᐊᕐᑲᑎᕐᑲᓪᓚᓇᕐᑲᑦᑕᒪᐅᕐᑐᖅ ᖃᐅᔨᓴᕐᑎᓂᒃ ᑐᑭᓯᒪᐅᑎᑦᓴᔭᐅᕐᓂᒍᑦ ᓄᐃᑦᓯᓂᕐᒍᓗ ᑐᑭᑖᓇᕈᑦ ᑐᖕᒪᕕᑦᓴᖕᒥᓐᓂᒃ ᓄᓇᕕᓪᒥᐅᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᐱᑦᔪᑎᒥᓗᒥᑦ. ᑐᓴᐅᒪᖅᑲᑎᕐᑮᑦᑎᓯᓂᖅ ᐊᑑᑎᓖᕐᑐᖅ ᐅᑭᐊᑦᓴᖅ 2011-ᒥ.

- ᖃᐅᔨᓴᕐᓂᒥᒃ ᓂᕐᑮᑦ ᓯᒃᑯᓇᕐᑐᑕᕐᑲᕐᒪᖕᓖᑕ ᓄᓇᕕᓪᒥ ᐱᓇᓱᐊᕐᑲᑎᕐᑲᕐᓯᑕ ᐊᑕᐅᓯᐅᖕᖕᒥᑐᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᕐᑲᑎᐅᔪᓂᒃ. ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᓂᖕᒪ ᓄᐃᑦᓯᕌᓇᐊᖕᒪ ᓯᖅᑯᐃᓯᒍᑎᓂᒃ ᓂᕆᐅᑦᑐᒍᑦ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᐅᑎᒥᕌᕐᑕᑎᓐᓂᒃ ᑐᑭᓯᒪᐅᑎᑦᓴᑎᓐᓄᑦ ᖃᓄᐃᓕᖕᒪᓕᕆᓐᓂᖕᒪᓄᑦ.

- ᖃᐅᔨᓴᕐᓂᖅ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᐅᑎᑦᓴᔭᐅᕐᕈᑎᑦᓴᓄᑦ ᓄᓕᐊᕐᓂᑯᑦ ᖃᓄᐃᖕᖕᒥᓯᐊᕐᓂᒃᒥ ᕿᓪᓚᑐᐃᒍᑎᑦᓴᓂᒃ ᐃᓄᓪᒪᓇᖕᖕᒍᐸᓪᓕᐊᔪᓄᑦ ᑐᕿᖕᒪᔪᓂᒃ ᓄᓇᕕᓪᒥᐅᓄᑦ: ᑖᓐᓇ ᐱᓇᓱᐊᕋᑦᓴᖅ ᐃᔭᓈᕐᑕᐅᒥᐊᕕᑦᓯᐊᑐᖅ ᐊᕐᖀᔫᕐᑐᒥᓪᓗ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᓕᕋᔭᕐᓂᖕᒪ ᓂᕆᐅᓐᓇᓯᓂ.

- ᖃᐅᔨᓴᕐᓂᖅ ᓂᕐᑭᑦᓯᐊᓅᓕᕐᒐᔪᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᒍᑎᖕᒪᓂᒃ ᐯᕐᓯᕕᓐᓂ ᓄᓇᕕᓪᒥ: ᓚᕚᓪ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᕐᔭᐊᖕᒪᓂᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎ ᖃᐅᔨᓴᕐᓂᒥᒃ ᐊᑑᑎᔪᖅ, ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᓂᖕᒪ ᑮᓇᐅᔭᕐᑐᕈᑎᐅᑎᓪᓗᒍ ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔨᕕᓪᒍᑦ. ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ ᐃᓚᐅᕕᕐᑲᓚᐅᔪᖅ ᓯᖅᑯᐃᓯᕐᑲᑎᕐᑲᕐᓂᒥᒃ ᑐᑭᓕᐅᕆᓂᕐᒥᒍ ᖃᐅᔨᓴᐅᑎᕕᓂᕐᒥᓐᓂᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᐅᑉ ᒪᕐᕿᓄᓪᓗ ᓄᓈᓐᓄᑦ ᖃᐅᔨᓴᕐᕕᐅᓯᒪᔫᓐᓄᑦ ᐃᓚᐅᕕᕐᑲᒥᓯᓂ.

ᐸᓇᓯᐊᕐᑕᐅᓛᕈᒪᔪᑦ 2011-2012

ᐱᒍᑦᔨᕕᐅᑉ ᐸᓇᓯᐊᓛᕐᑕᖏᓐᓂᒃ ᐸᕐᑐᓂᕐᒧᑦ, 2011-2012-ᒥ ᐊᓯᑦᔩᒥᐊᕐᓂᖅ ᐊᑑᑎᓛᕐᑐᖅ ᓄᓇᓕᓕᒫᓄᐊᖓᔪᑦ ᐸᕐᓇᓯᒪᐅᑎᒃ ᐊᐅᓚᑦᓴᓇᐊᕈᑎᐅᓛᕐᓯᓂ ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒧᐊᖓᔪᓄᑦ. ᐱᕕᑦᓴᖃᕈᑎᓛᕐᑕᕗᑦ ᑕᒪᓐᓇ ᐱᒍᑦᔨᕕᐅᑉ ᐊᐅᓚᑦᓴᓇᐊᕈᑎᒥᓛᕐᑕᖏᓐᓂᒃ ᐊᕕᑦᑐᓯᒪᔫᓕᕐᑎᓗᒥᑦ ᓯᑕᒪᐅᓕᓇᖓᔪᒥᒃ:

- ᐃᓗᓐᓈᒍᑦ ᐱᐊᕗᑦ ᐱᕿᕐᐸᓕᐊᓂᖓ
- ᐃᓕᓐᓂᐊᕖᑦ ᐊᑐᕐᑐᓴᓕᐅᕈᑎᑦᓴᖏᑦ
- ᓄᓇᓖᑦ ᐱᕋᓪᓕᐊᑎᑕᐅᓂᖏᑦ
- ᓂᕿᑦᓯᐊᓅᓕᖓᔪᑦ ᑐᑭᒧᐊᒍᑎᒃ

ᓇᓗᓇᖕᖏᑐᖅ, ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ ᑲᔪᓯᒍᑎᕐᑲᓚᖓᓂᖓ ᑎᓕᔭᐅᒪᐅᑎᓂᕐ ᐊᑕᐅᓯᐅᖕᖏᑐᓂᒃ ᒪᓕᓪᓗᒍ ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᐱᕿᔭᖅ. ᑌᒣᒐᓗᐊᕐᑎᓗᒍ, ᐊᑕᐅᓯᐅᖕᖏᑐᑦ ᐱᒋᐊᕐᑎᑕᐅᓯᒪᔪᑦ 2010-2011-ᒥ ᐊᐅᓚᑦᓴᓇᐊᕐᑎᓯᓚᓇᓚᖓᔪᑦ ᐱᒍᑦᔨᕕᒻᒥᒃ ᐊᕐᖑᒍᓂ ᔪᓂ. ᑕᒻᒨᓇ ᓇᓗᓃᕐᓯᒍᓐᓇᑐᒍᑦ ᓯᕗᒧᐊᕐᐸᓕᐊᓂᕐᒥᒃ ᐸᓇᓯᐊᕐᓂᑎᒍᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᕖᑦ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᓇᐊᕐᑲᕐᓂᖏᓐᓄᑦ ᐊᑕᐅᓯᐅᖕᖏᑐᒥᓪᓗ ᑐᖕᖓᕕᓕᕐᑐᑕᐅᓯᒪᔪᖅ ᐊᐅᓚᑦᓴᓇᐊᕈᑎᐅᒻᒥᔪᖅ ᐯᕐᓯᕖᑦ ᐱᓪᓗᒥᑦ. ᑖᒃᑯᐊ ᐸᓇᓯᐊᖁᑦᓯᑦ ᐊᐅᓚᑦᓴᓇᐊᕐᓂᐅᓚᖓᒻᒪᑕ ᑲᔪᓯᒍᓐᓇᖁᔭᕐᓂᖏᑦᑐᑦ ᐊᔪᐃᓐᓇᐅᕚᒍᑎᐅᖕᖏᑯᑎᒃ.

ᓯᕗᓂᕐᒥ ᐊᐅᓚᑦᓴᓇᐊᕈᑎᕐᑲᕈᒪᒻᒥᔪᑦ ᓄᓇᓖᑦ ᐱᕋᓪᓕᐊᒍᑎᑦᓴᖏᓐᓂᒃ. ᑕᒻᒨᓇ, ᓂᐅᓐᓂᕐᑲᑦᓯᐊᑐᒍᑦ ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔨᕕᐅᑉ ᐱᑐᑦᓯᒪᕐᑲᑎᕐᑲᕐᓂᖓ ᓄᓇᓕᓐᓄᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᑎᒍᓪᓗ ᓄᐃᑎᑦᓯᓂᕐᓴᐅᓚᖓᓕᕐᒪᑦ ᖃᓄᐃᓕᖓᓪᓚᓇᓐᓂᒦᓐᓂᖓᓂᒃ ᓄᓇᕕᐅᑉ. ᐃᓚᐅᕕᕐᑲᕐᐸᑐᒍᑦ ᐱᕋᓕᐊᑎᑦᓯᓂᕐᓄᑦ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓂᓕᓇᖕᖏᓐᓂᒃ ᓄᓇᓖᑦ. ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓂᓕᓇᖕᖏᓂᒃ ᐸᓇᓯᑦᑎᑭᒦᕐᓂᒥᒃ ᐱᕋᓪᓕᐊᑎᑦᓯᒐᓯᐊᕐᒥᔪᒍᑦ. ᑖᒃᑯᐊ ᐸᓇᓯᐊᕐᑲᑎᕐᑲᑦᓯᐊᓇᐊᓖᑦ ᐃᓅᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᒍᑦᔨᕕᐅᔪᓂᑦ ᓄᓇᓖᑦ ᑭᖕᖕᒎᒪᒥᔭᖏᑦ ᖃᓄᐃᓕᒥᐊᕈᑕᐅᑦᓯᐊᕐᑲᑦᑕᕐᓂᕐᓗᒥᑦ ᐃᓚᐅᓕᐅᒥᓕᕐᓗᓯᓗ ᐋᕐᕿᒍᑎᑦᓴᓯᐅᕐᑲᑎᐅᓂᒃᑯᑦ.

ᐃᓯᓕᒍᑎᒥᓗᒍ, ᓂᕿᑦᓯᐊᑑᒪᒥᐊᕐᑲᕐᓂᖅ, ᐁᕋᐅᑎᒍᑕᐅᒍᓐᓇᖁᓂ, ᓯᓄᓪᓕᐊᐅᑎᑕᐅᓪᓚᓇᒥᐊᓕᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ. ᖃᐅᔨᓴᕈᑎᕕᓃᑦ ᓴᕿᑕᐅᔭᕕᓂᐅᑎᓪᓗᒥᑦ ᓯᖁᑕᐅᒪᓂᖏᓐᓂᒃ ᐱᐊᕗᑦ ᓯᒃᑲᓐᑐᓄᑦ, ᑕᒪᓐᓇ ᓄᐃᑦᓯᒍᑎᒥᓂᐊᓕᕐᑕᕗᑦ ᑐᖕᖓᕕᓕᕐᑐᐃᒍᑎᓂᒃ ᓯᕗᓂᕐᒥᒃ ᐸᓇᓯᐊᕐᑲᑎᕐᑲᓛᕐᓂᒍᑦ ᓄᓇᕕᐅᑉ ᑎᒥᒻᒪᓇᖏᓐᓂᒃ ᓄᐃᑕᐅᒥᐊᕐᑲᕐᓂᖓᓄᑦ ᓂᕿᑦᓯᐊᑑᒪᒥᐊᕐᑲᕐᓂᒧᑦ ᒪᓕᒐᖅ ᓄᐃᑕᐅᓯᒪᓗᓂ ᓄᓇᕕᐅᑉ ᖃᓄᐃᑦᑑᓂᖓᓂᒃ ᒪᓕᓪᓗᓂ. ᐊᒥᓯᐃᑦ ᐃᓯᒪᒥᔭᐅᒥᐊᕐᑲᕐᐳᑦ: ᓂᕿᑐᐃᓐᓃᑦ ᐃᓄᓕᕐᑌ ᓯᒃᑲᓐᑐᕐᑕᕐᑲᖕᖕᒥᑲᓗᐊᕐᒪᖕᒫᑕ, ᓄᓇᓖᑦ ᓂᕿᕐᑲᑦᓯᐊᕐᑲᑦᑕᖁᓗᐊᕐᒪᖕᒫᑕ, ᐊᐅᒃᑯᑦ ᐱᑦᑕᓴᑖᕐᑐᑦ ᐅᓄᕐᓯᕋᓪᓕᐊᓂᖓ, ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓅᒪᓯᐊᕐᓂᑯᑦ ᐊᕿᑐᔫᓂᖓ ᐊᓯᖕᒥᓪᓗ.

ᐃᓄᐃᑦ ᐱᑦᓕᕆᔭᖏᑦ ᐱᓂᐊᕐᓂᖅᑭᓯᖏᓗ

ᑐᑭᓯᐊᑦᑎᓯᔨᐅᑉ ᐅᖃᐅᓯᑦᓴᖏᑦ

ᑲᓇᐅᔭᕐᑐᓇᐅᑉ ᐊᕐᕌᒍᖅᒐᓂ 2010-2011-ᒥ, ᐱᓇᓯᑦᑎᑖᕆᔭᐅᓚᐅᔪᖓ ᑐᑭᓯᐊᑦᑎᓯᔨᐅᓂᕐᒧᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᐱᒻᒪᕆᖅᑯᑎᖏᓐᓂ ᐱᓇᓱᐊᓲᖏᓐᓂᓗ ᐱᒍᑦᔨᕕᒻᒥ ᔫᓄᐊᕆ 2011-ᒥ. ᐊᓯᐊᒃᐸᖓ ᐃᓚᒥᔭᐅᒥᐊᒥ ᑲᑐᑦᔨᖅᑲᑎᒦᑦᑐᓄᑦ ᐱᓇᓱᖅᑲᑎᒌᓄᑦ. ᐊᕐᕋᒍ ᐱᒥᐊᕐᑎᓗᒍ, ᓯᓚᑦᓯᐊᓂᕐᒧᑦ ᐋᕐᑭᒍᑎᑦᓴᓄᑦᑐ ᑲᒥᓯᓇᒃᑯᑦ ᑕᕐᕋᒧᑦ ᐊᕐᕕᑕᓯᓚᐅᔪᑦ ᐱᒥᐊᕐᕕᖅᑲᕐᓯᑎᒃ ᐃᓄᑦᔪᐊᒥᑦ ᑰᑦᔪᐊᓕᐊᓯᒻᒥᓯᑎᒃ. ᐳᓵᓇᐊᕐᓯᑕ ᑕᒪᖏᓐᓂ ᓄᓇᓖᓐᓂ, ᑲᒪᑎᑕᐅᒪᒪ ᑳᒃᑯᓂᖓ ᐊᓂᕐᖁᓇᖅᖏᑕᒥᓄᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᕆᐊᕐᑎᑕᐅᓚᐅᕐᑐᐱᓂᕐᓂᒃ (IRS) ᐃᓄᑦᔪᐊᓕᐊᖅᑲᑕᐅᓚᐅᔪᔪᖓ ᑰᑦᔪᐊᒧᑦᑐ ᑐᔫᒥᐊᕐᑐᓯᖓ ᐃᓚᖏᓐᓂᒃ ᐃᓕᓵᕐᓚᕕᓂᕐᓂᒃ ᐱᐅᓯᕕᓂᕐᒥᓂᒃ ᐅᖄᔪᓂᒃ. ᒥᑦᓴᐅᓵᕐᓯᒥᑦ ᐊᕙᑎᑦᑐ ᖁᓕᑦᑐ ᐃᓕᓵᑦ ᐃᓚᐅᓚᐅᔭᑦ ᑕᒣᓐᓂ ᑲᑎᓐᖏᓂ ᓄᓇᓕᓐᖏᓂ ᐱᓯᒪᔪᑦ ᐃᓚᐅᒥᑎᑦᓗᒥᑦ. ᐃᓯᒪᒥᒧᑦ ᐅᖁᒣᑦᑑᑐᓂᒃ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᔭᕐᑐᑦ ᐱᓇᓯᑦᑏᑦ ᐃᓯᒪᓐᖏᓂᐊᑏᑦᑐ ᑕᒣᓐᓂ ᑲᑎᓅᓐᖏᓂ ᐁᓯᒪᓚᐅᕐᒥᔪᑦ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᒍᒫᕐᓂᐊᓯᑎᒃ ᐃᓕᓵᕐᓚᕕᓂᕐᓂᒃ ᑭᓇᑐᐃᓐᓇᑯᓂᓗ ᐃᓚᐅᔪᓂᒃ ᑲᑎᑎᑦᓗᒥᑦ ᓄᓇᓕᓐᖏᓂ.

ᐃᓄᐃᑦ ᐱᒻᒪᕆᖅᑯᑎᖏᓐᓂ ᐱᓇᓱᐊᓲᖏᓐᓂᓗ ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ ᑲᔪᓯᒍᖅ ᐱᓇᓱᖅᑲᑎᖅᑲᕐᓯᓂ ᐃᓗᕆᓕᕆᓂᖅ ᑳᓇᑖᒃᑯᓂ ᓄᐃᑦᓯᒪᓯᐊᕐᓯᑎᒃ ᐃᓗᓯᕐᓯᓯᐊᕐᓂᒥᒃ ᐃᑲᔪᕐᑐᓂᕐᒧᑦ ᐱᓇᓯᑦᑎᓂᒃ (RHSWs) ᓄᓇᕕᒻᒥ. ᑎᓕᔭᐅᒪᐅᑎᖏᑦ ᑳᒃᑯᐊ ᓴᐳᒻᒥᔫᑦ ᐱᓇᓯᑦᑎᐅᓯᑎᒃ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᓚᖓᒪᓗᑎᒃ ᐃᓯᒪᒥᒧᑦ ᐅᖁᒣᑦᓴᑐᓂᒃ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᓚᑦᓯᑎᒃ ᐃᓕᓵᑦᓚᕕᓂᕐᓂᒃ ᐊᓂᕐᖁᓇᖅᖏᑕᒥᓄᑦ ᐃᓕᓴᓇᐊᕐᑎᑕᐅᓚᐅᕐᑐᐱᓂᕐᓄᑦ ᐃᓚᖏᑦᑐ ᐱᓗᐊᕐᑐᖅ ᐅᒃᑯᐊ ᐃᓕᓵᑦ ᐃᓄᑑᑦᑎᑐᓂᒃ ᖃᐅᔾᔭᓴᕐᑕᖅᑲᕐᓂᒥᒃ ᐱᓇᔩᑎᓕᐊᒍᓯᒪᔪᑦ (IAP) ᑕᕐᕿᓂ ᕿᔪᓂ.

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᓖᑦ ᐃᓗᓯᕐᓯᓇᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᓇᓂᕐᒥᓗ ᐱᓇᓯᓯᒥᐊᓚᐅᔦᓯᖓ, ᐱᓇᓯᒻᒪᕆᖅᑲᑦᑕᕐᑯᖓ ᓄᓇᓕᒻᒥᑕ ᐊᓯᐊᓄᑦ ᐃᓕᓴᓇᐊᕐᑎᑕᐅᓚᐅᕐᑐᐱᓂᕐᓂᒃ (IRS) ᐊᒻᒪᓗ ᕿᓚᓈᕐᓯᖓ ᐱᓇᓯᖅᑲᑎᖃᕐᓵᓇᐊᒥᒃ ᑭᒃᑲᑐᕐᑎᓂᒃ ᐊᓯᖏᓐᓂᒃ ᑎᒥᐅᔪᓂᑦ ᐱᓯᒪᔪᓂᒃ. ᐁᑉᐹᒍᑦ, ᐱᓇᓯᓕᕐᒥᔪᖓ ᐱᐅᓯᑐᖅᑲᑎᒍᑦ ᑎᒍᐊᕐᓂᒥᒃ ᒪᑭᒃᐱᒃ ᑯᐊᐳᓈᓴᓐᑯᑦᑐ ᐊᓯᖏᓐᓂᓗ ᑭᒃᑲᑐᕐᑐᓂᒃ ᑯᐯᒃ ᑲᑉᐸᒃᑯᓂᑦ. ᐱᓇᓯᖅᑲᑎᒦᑦᓯᑕ ᑕᒪᑐᒍᖓ ᑲᑎᖅᑲᑦᑕᓯᒪᓕᕐᑐᒍᑦ ᐊᒥᓯᕕᒪᓖᑦᓯᑕ ᐊᕐᕋᒍᑉ ᐃᓗᐊᒍᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᑕᒪᑕᒪ ᐊᓪᓚᒥᐊᕐᖓᒪᑎᒥᒃ ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑎᓕᐅᓕᕐᑐᒍᑦ ᑐᓂᔭᐅᒥᐊᓕᒻᒥᒃ ᒪᕐᑮᓄᑦ ᑐᕐᑲᐅᔫᓐᓄᑦ ᐃᓕᔭᐅᒥᐊᕐᑲᓖᕐᒪᑦ ᑯᐯᒻᒥ ᐱᕐᑯᔭᕐᓄᑦ ᓄᓇᓕᑐᕐᕿᑦ ᐱᐅᓯᑐᖅᑲᖓᒪᑎᒍᑦ ᑎᒍᐊᕐᓂ ᒨᓕᖓᔪᒍᑦ.

ᓯᕗᓂᕐᒥ ᕿᓚᓈᕐᑐᖓ ᐱᓇᓯᓚᖓᒥᐊᒥᒃ ᓄᑖᒥ ᑲᓇᐅᔭᕐᑐᓇᐅᑉ ᐊᕐᕌᒍᖅᒐᓂ. ᓄᕐᖃᓇᐊᕿᓯᕐᓗᖓ, ᓇᑯᕐᒦᒍᒪᕗᖓ ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᓖᑦ ᐃᓗᓯᕐᓯᓇᓂᕐᒥ ᐃᓄᓯᓇᓂᕐᒥᓗ ᐱᒍᑦᔨᓂᐅᑉ ᑲᑎᒪᔨᖏᓐᓂᒃ ᓴᐳᒻᒥᓂᖏᓐᓄᑦ ᑎᓕᔭᐅᒪᐅᑎᑦᑎᓂᒃ ᑐᕚᓚᑦᑎᓂᑦᑐ ᐱᒍᔨᕕᑦᑎᓂᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᐱᒻᒪᕆᖅᑯᑎᖏᓐᓂ ᐱᓇᓱᐊᓲᖏᓐᓂᓗ.

ᔪᐊᓂ ᒍᐊᑦᑭᓐᓯ

ᓯᕗᓂᑦᓴᓕᐅᑦᓯᐊᓂᖅ

ᓯᕗᓂᑦᓴᓕᐅᑦᓯᐊᓂᖅ ᑲᕙᒪᑐᖅᑲᒃᑯᓄᑦ ᐃᖕᒥᕐᕋᑎᑕᐅᔪᖅ ᐊᑐᐃᓐᓇᖅᑲᖅᑎᓯᑦᓯᓂ ᑮᓇᐅᔭᕐᓂᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᓄᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᒃᒍᑕᐅᔫᒍᑦᓯᑎᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᓄᑦ ᐊᑐᓂᑦ ᐃᓄᖕᒥᑦᑕ ᐅᓄᕐᓂᖕᒥᑦ ᒪᓕᑦᓯᒥᑦ. ᐊᕙᑎ ᐱᖕᒐᓯᑦ ᐊᑕᐅᓯᕐᒧ ᐱᓇᓯᑦᑕᐅᑐᒪᔪᑦ ᐊᖕᒥᕐᑕᐅᓚᐅᕐᑐᑦ ᐱᔮᕆᑕᐅᓯᑎᑦᓗ ᐊᕐᖄᒍᓚᐅᕐᑐᒥ.

ᑖᓐᓇ ᖃᐅᔨᓴᐅᑎᒃ ᓄᐃᑕᑎᑦᓯᔪᖅ ᖃᑦᓲᑦ ᑮᓇᐅᔦᑦ ᐅᓄᕐᓂᖕᒥ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᑎᑕᐅᓂᒪᖕᒫᑕ ᐊᑐᓂᑦ ᓄᓇᓕᖕᓄᑦ 2010-11 ᐱᒥᐊᕐᕕᖕᒪᓂ ᐊᒻᒪᓗ ᖃᑦᓯᓂᒃ ᑮᓇᐅᔾᔫᑎᖅᑲᕐᓂᒪᖕᒫᑕ.

ᓄᓇᓕ	ᑮᓇᐅᔦᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᑦ	ᑮᓇᐅᔾᔫᑏᑦ
ᐊᑯᓕᕕᒃ	48,272 $	44,194 $
ᐊᐅᐸᓗᒃ	29,308 $	51,983 $
ᐃᓄᒃᔪᐊᖅ	104,302 $	150,771 $
ᐃᕗᔨᕕᒃ	38,790 $	20,060 $
ᑲᖏᕐᓱᐊᓗᒃᔪᐊᖅ	66,374 $	75,407 $
ᑲᖏᕐᓱᔪᐊᖅ	50,858 $	34,394.32 $
ᑲᖏᕐᓱᒃ	48,272 $	55,466.30 $
ᑰᒃᔪᐊᖅ	118,956 $	261,613.01 $
ᑰᒃᔪᐊᕌᐱᒃ	55,168 $	32,218 $
ᐳᕕᕐᓂᑐᖅ	106,026 $	0.00 $
ᖁᐊᖅᑕᖅ	37,066 $	12,000 $
ᓴᓗᐃᑦ	88,786 $	25,339 $
ᑕᓯᐅᔭᖅ	31,894 $	9,105 $
ᐅᒥᐅᔭᖅ	37,928 $	15,078 $
ᓄᓇᓕᓕᒫᓄᐊᖕᒪᔪᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᑦ	35,000 $	70,000 $
ᑲᑎᑦᓯᑎᒃ		857,628.63 $

ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᒍᒪᔪᑦ ᐊᖏᕐᑕᐅᓚᖓᑉᐸᑕ ᐅᑯᐊ ᓇᓪᓕᖏᓐᓂᒃ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᔭᐅᒋᐊᓃᑦ:

- ᐃᓱᒪᒍᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅ
- ᐃᓗᓯᕐᓱᓯᐊᕐᑐᖅ ᓄᑕᕋᑦ
- ᐋᓐᓂᑌᓕᑎᑦᓯᓂᖅ
- ᓄᑕᕋᑦ/ᐱᐊᕋᑦ ᐱᕈᕐᐸᓕᐊᓂᖓ
- ᕿᑐᕐᖓᓂᐊᕐᓂᖅ

ᐃᓗᓐᓇᑎᒃ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᒍᒪᔪᖅ ᑐᑭᑖᕈᑎᑦᖃᕆᐊᓖᑦ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᑲᑎᒪᔩᑦ ᑐᑭᑖᕈᑎᓕᐊᕕᓂᖓᓂᒃ ᑌᓯᒪᔪᒥᒃ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᒍᒪᔪᖅ ᓄᓇᓕᓐᓄᑦ ᐃᑲᔪᕐᑐᑕᐅᓂᖓᓂᒃ. ᐃᓚᖓᓐᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓂᓕᕆᔩᓂᑦ ᑐᑭᑖᕈᑎ ᐱᓯᒪᒍᓂ ᐊᖏᕐᑕᐅᓲᒍᒻᒥᔪᖅ. ᑕᒪᑐᒧᖓ ᐃᓚᒋᐊᕈᑕᐅᑎᓪᓗᒍ, ᐃᓗᕐᕈᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᓲᖑᔫᑎᑦᓯᔪᒥᒃ ᐱᑦᖃᕐᑎᓯᒐᓱᐊᓲᒍᒻᒥᔪᒍᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᒍᒪᔪᓂᒃ ᐊᖏᕈᑎᖃᓕᕐᑫᑦᑕ, ᐊᒥᓱᐊᓗᐃᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᒍᒪᔪᑦ ᐊᑦᔨᑮᖕᒋᑐᑦ ᐱᒐᓗᐊᕐᑎᓗᒋᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ. ᑐᑫᒐᕐᑲᕐᑐᒍᑦ ᐱᕕᑦᓴᕐᑲᕐᑎᓯᒋᐊᒥᒃ ᐅᕕᒐᕐᑐᓂᒃ ᐊᑦᔨᑮᖕᒋᑐᓂᒃ ᐱᔭᑦᓴᓂᒃ ᐆᑦᑐᑫᕐᑯᑦᓯᒋᑦ ᓄᓇᓐᓂ ᓯᕗᓂᑦᓴᓕᐅᓯᑦᐊᓂᐅᑉ ᐊᓯᐊᒍᑦ ᐱᕕᑦᓴᖃᑫᔭᖕᖏᒪᑦ. ᐊᔪᐃᓐᓇᓲᒍᒻᒥᔪᒍᑦ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᒐᓱᐊᕆᐊᒥᒃ ᐃᓚᒦᓂᒃ ᓄᐃᑦᓯᒐᓱᐊᕐᓂᑯᑦ ᐃᓗᓯᕐᓱᓯᐊᕐᓂᒥᒃ ᐃᓅᓯᕐᒥ ᐊᕙᑎᖓᒍᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᓄᓇᕕᒻᒥ.

ᓄᓈᑦ ᐊᑐᕐᓯᒪᖕᖏᑐᐊᕐᒪᑕ ᓂᖏᕕᓂᕐᒥᓂᒃ ᑮᓇᐅᔭᕐᓂ ᔮᓄᐊᕆ 15 ᑎᑭᑫᑕᕐᓯᒍ ᐊᕐᑫᒍᑕᒫᑦ, ᑮᓇᐅᑫᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᓄᐊᖓᔪᒍᑦ ᑲᑎᕐᓯᐃᕕᒻᒍᑦ ᓴᓂᕐᕙᑕᐅᔫᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᒍᓐᓇᓯᑦᓯᑎᒃ ᐊᓯᖏᓐᓄᑦ ᓄᓇᓐᓄᑦ ᐅᕝᕙᓗᓐᓃᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᓄᐊᖓᔪᓄᑦ ᐊᑐᕐᑎᑕᐅᓯᑦᓯᑎᒃ.

ᐅᑯᐊ ᐅᑦᑑᑏ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓯᒪᔪᖅ 2010-2011 ᑮᓇᐅᔭᕐᑐᓇᐅᑉ ᐊᕐᑫᒍᖓᓂ:

- ᐅᐱᒪᔪᑦ ᑲᑎᒋᐊᓪᓚᕆᐊᒥᒃ ᐊᐅᓪᓛᓯᒪᕕᒻᒥ,
- ᐱᖁᓯᐅᕆᐅᕐᓴᑐᑦ,
- ᒥᕐᓱᕆᐅᕐᓴᑐᑦ,
- ᐃᓗᕐᕈᓯᑐᕐᑲᑎᒍᑦ ᐃᒐᒥᐅᕐᓴᑐᑦ,
- ᓴᐸᕐᑭᑦᓯᒥᐅᕐᓴᕆᐊᒥᒃ ᐃᓕᓴᕐᑕᐅᔪᑦ,
- ᓄᓇᓕᓐᓂ ᑐᖕᖓᕕᓖᑦᓐᓂ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂᑦᑐ ᐱᖕᖑᐊᓯᑎᒃ ᐱᓕᐅᑎᔪᑦ,
- ᐃᓗᕐᕈᓯᕐᒥᓂᒃ ᑕᐅᕐᓰᕐᑲᑦᑕᐅᑎᓃᑦ,
- ᕿᒧᑦᓯᑎᑦᓯᔪᑦ, ᐊᓯᖏᑦᑐ ᐊᒥᓱᐊᓗᐃᑦ.

ᐅᐱᒍᓱᒐᓱᐊᒻᒪᕆᑉᐳᒍᑦ ᐱᔪᑦᓴᐅᔾᔪᓰᓂᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᓂᒃ ᐃᑯᓪᓚᐅᒥᑎᑦᓯᒐᓯᐊᕐᒪᑕ ᐅᕕᒐᕐᑐᑕ ᐱᐅᓯᖏᓐᓂᒃ.

ᐊᓪᓗᑦ ᐊᓂᕐᕋᕆᖖᒋᑕᒥᓄᑦ ᐃᓕᓴᕆᐊᕐᑎᑕᐅᓚᐅᕐᑐᕕᓃᑦ (IRS) ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᒃᑯᑦ ᐃᑲᔪᕐᑕᐅᓂᕐᒧᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᑦ (RHSP)

ᑳᓇᑕᐅᑉ ᑲᕙᒪᖓ, ᐊᓪᓗᑦ ᐊᓂᕐᕋᕆᖖᒋᑕᒥᓄᑦ ᐃᓕᓴᕆᐊᕐᑎᑕᐅᓚᐅᕐᑐᕕᓃᑦ RHSP ᐊᕐᕈᑎᕐᑲᕐᓯᓂ, ᐊᖏᕐᓯᒪᔪᖅ ᐊᑐᐃᓐᓇᕐᑲᕐᑎᓯᓚᖕᒐᒥᐊᒥᒃ ᐃᓯᒪᒃᑯᑦ ᐅᕐᑯᒣᑦᓘᑐᓂᒃ ᓴᐳᒻᒥᓚᔪᓂᒃ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᒥ ᐃᓗᓐᓇᓕᒫᖏᓐᓄᑦ ᐊᓂᕐᕋᕆᖖᒋᑕᒥᓂ ᐃᓕᓴᕆᐊᕐᑎᑕᐅᓚᐅᕐᑐᕕᓂᕐᓂᒃ ᐃᓚᖏᓐᓄᓗ ᐃᓚᒥᔭᐅᓯᒪᔪᓂ ᐊᖏᕐᑲᑎᒌᒍᑎᕕᓂᕐᒧᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᓄᑦ;

- ᐃᓄᑑᑦᑎᑐᓂᒃ ᕐᑲᐅᔨᓴᕐᓂᒥᒃ ᐱᓇᓲᑎᓕᐊᒍᓯᒪᔪᑦ
- ᐃᓗᓐᓇᖏᓐᓄᑦ ᐊᑑᑎᓯᒪᔪᓄᑦ ᐊᑭᓕᕐᑕᐅᒍᑎᕕᓂᖅ
- ᓯᓚᑦᓯᐊᓂᕐᒧᑦ ᐋᕐᑭᒍᑎᑦᓴᓄᓪᓗ ᑲᒥᓯᓇᒃᑯᑦ ᐃᖏᕐᕋᑎᑕᖏᑦ
- ᐃᕐᑲᐅᒪᔭᐅᒍᑎᑦᓴᑦ

ᐊᓪᓗᑦ ᐊᓂᕐᕋᕆᖖᒋᑕᒥᓂ ᐃᓕᓴᕆᐊᕐᑎᑕᐅᓚᐅᕐᑐᕕᓂᕐᓄᑦ ᐃᓗᓯᕐᓯᓯᐊᕐᓂᒥ ᐃᑲᔪᕐᑐᓂᕐᒧᑦ ᐱᓇᓱᑦᑏᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᕐᑲᕐᑎᓯᕗᑦ ᐃᓕᓵᕐᓚᕕᓂᕐᓂ ᐃᓚᖏᓐᓂᓗ ᐊᑦᔨᒌᖏᑐᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᓴᐳᒻᒥᒍᑎᓂᒃ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓂᒃ ᐱᒥᐊᓚᐅᕐᑎᓇᒥᑦ, ᐱᒥᐊᓕᕐᑎᓗᒥᑦ ᐱᔭᓈᕐᐸᑕᓗ ᐃᓗᓐᓇᓕᒫᖏᓐᓂ ᓯᓇᒥᑦᑎᓗᒥᑦ ᐊᓪᓗᑦ ᐊᓂᕐᕋᕆᖖᒋᑕᒥᓂ ᐃᓕᓴᕆᐊᕐᑎᑕᐅᓚᐅᕐᑐᕕᓃᑦ ᐊᖏᕐᑲᑎᒌᒍᑎᒃ. ᐃᓗᓐᓇᑎᒃ ᓴᐳᑦᔩᑦ ᐱᓇᓱᑏᑦ ᐱᐅᓯᕐᓲᑎᐅᖖᒋᑐᒃᑯᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑕᐅᓂᕐᑲᕐᓯᒪᔪᑦ ᐱᓇᓱᑦᓯᒪᑦᓯᑎᓪᓗ ᓴᐳᒻᒥᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓂᒃ.

ᐊᓪᓗᑦ ᐊᓂᕐᕋᕆᖖᒋᑕᒥᓂ ᐃᓕᓴᕆᐊᕐᑎᑕᐅᓚᐅᕐᑐᕕᓃᑦ ᑐᑭᑖᕆᑕᐅᓂᖓᑕ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᑲᔪᕐᑐᓂᕐᒧᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᖅ ᓯᕐᑯᐃᓯᓂᐅᕗᖅ ᐃᓕᓵᕐᓚᕕᓃᑦ ᐃᓚᖏᓐᓗ:

- ᐊᑐᐃᓐᓇᕐᑲᕐᑯᑦᓯᒥᑦ ᐃᓯᒪᒧᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓗᕐᑭᓯᑐᕐᑲᑎᒍᑦᓗ ᓴᐳᒻᒥᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓂᒃ;
- ᐊᑦᑕᓇᖖᒋᑑᓗᓂ ᓵᖖᒐᓂᒍᓐᓇᓗᓂ ᐃᓯᒪᒧᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᕐᑲᓄᐃᖖᒋᓯᐊᕐᓂᒥᓪᓗ ᐱᓂᐊᕐᓂᓂ ᐃᓕᖓᔪᓂᒃ ᕐᑲᐅᔨᔭᐅᑎᑦᓯᒥᐊᒥᒃ ᐃᔨᕐᑐᐊᓇᕐᑲᑦᑕᓯᒪᔭᒥᓂᒃ ᑲᒃᑲᓛᒍᑦᓯᓂ/ᐱᐊᕋᐅᑦᓯᓂ ᐋᓐᓂᑎᕐᑕᐅᓂᕕᓂᕐᒥᓂᒃ;

ᐃᓄᐃᑦ ᐱᓪᒪᓇᕐᑯᑎᖏᓐᓂ ᐱᓇᓱᐊᓲᖏᓪᓗ ᐱᒍᑦᔨᕕᖓᑕ ᐊᑖᓃᓪᓗᓂ ᑐᓂᔨᓚᖓᓂᕐᒧᑦ ᐊᖏᕐᑲᑎᒌᒍᑎᒃ ᐊᓪᓗᑦ ᐊᓂᕐᕋᕆᖖᒋᑕᒥᓂ ᐃᓕᓐᓂᐊᓇᐊᕐᑎᑕᐅᓚᐅᕐᑐᕕᓃᑦ ᓯᒃᑫᓂᕐᓴᐅᕐᑲᑦᑕᕐᑐᖅ ᐃᓯᒪᒥᔭᐅᓚᐅᔪᔪᒥᑦ ᑕᑯᓐᓇᓯᒍ ᐱᕙᓪᓕᐊᔩᓚᓗᐊᖅ ᓯᓕ. ᐃᓯᒪᒧᑦ ᐅᕐᑯᒣᑦᓘᑐᓂᒃ ᐃᑲᔪᕐᓯᔩᑦ ᐱᓇᓱᒐᑦᓴᑦ ᓂᕕᖖᒐᓯᒪᔪᒐᓗᐊᑦ ᓅᕕᒻᐱᕆ 2010-ᒥᓂᑦ ᑭᓯᐊᓂ ᐅᓪᓗᒥᒧᑦ ᐃᓕᒐᓯᐊᕐᑐᕐᑲᕋᑦᑕᖖᒋᑐᖅ. 2011 ᐱᒥᐊᕐᕕᓂᖓᓂ, ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅ ᑳᓇᑕ ᑰᑦᔨᐊᓕᐊᓚᐅᔨᔨᖅ ᓴᐳᒻᒥᒥᐊᕐᑐᓯᓂ ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓅᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᒍᑦᔨᕕᒻᒥ ᑎᓕᔭᐅᒪᐅᑎᒥᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᕐᑯᑦᓯᒍ ᐊᓪᓗᑦ ᐊᓂᕐᕋᕆᖖᒋᑕᒥᓂ ᐊᓪᓗᑦ

ᐃᓕᓐᓂᐊᕆᐊᖅᑎᑕᐅᓚᐅᖅᑐᐱᓃᑦ ᐊᕐᒥᖅᑲᑎᒦᒧᑎᒥᒃ ᐊᕕᑦᑐᓯᒪᓂᕐᒪᓂ ᑐᑭᑖᕈᑕᐅᓯᒪᔪᖅ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅᒥ ᓴᐳᒻᒥᓂᖅᒥᒃ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᒥᒃ (RHSP). ᑕᓪᓕᒣᑦ ᐃᓯᒪᒥᒧᑦ ᐅᖅᑯᒣᓪᓘᑐᓂᒃ ᐃᑲᔪᖅᓯᒪᔭᖅᑐᑦ ᐱᓇᓱᑦᑏᑦ ᐱᓇᓱᐊᕈᓯᓕᒫᒥ ᐱᒋᐅᖅᓴᑎᑕᐅᓚᐅᔪᔪᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅ ᑲᓇᑕᒧᑦ ᑰᑦᔪᐊᒥ.

ᒫᑦᓯ 2011

ᓯᓚᑦᓯᐊᓂᖅᒧᑦ ᐋᖅᑭᒍᑎᑦᓴᓄᑦᑐ ᑲᒥᓯᓇᒃᑯᑦ

ᑎᓕᔭᐅᒪᐅᑎᓪᓚᕆᒃᑲ ᓯᓚᑦᓯᐊᓂᖅᒧᑦ ᐋᖅᑭᒍᑎᑦᓴᓄᑦᑐ ᑲᒥᓯᓇᒃᑯᑦ ᑳᓇᑕᒥ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᓚᕆᓯᒪᔪᖅ ᑳᓇᑕᒥᐅᓕᒫᓂᒃ ᐱᐅᓯᕆᓴᐅᔪᕕᓂᖅᓂᒃ ᐊᑎᖅᑲᖅᑎᑕᐅᔪᒥᒃ "ᐊᓪᓗᑦ ᐊᓂᖅᖃᕆᕐᕆᑕᒥᓄᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᕆᐊᖅᑎᑕᐅᔪᕕᓃᑦ" ᐃᓯᒪᒥᔪᓐᓄᖅᑲᑦᑕᐅᑎᖅᑯᐹᓂᖅᒧᑦ ᐃᓄᑑᑦᑎᑐᓂ, ᐃᓚᒦᓂ, ᓄᓇᓕᓐᓂ, ᐅᑉᐱᓂᓕᕆᐹᓂ, ᑲᕙᒪᒃᑯᓂ, ᑳᓇᑕᒥᐅᓂᓪᓗ.

ᒫᑦᓯ 14, 2011-ᒥ, ᓯᓚᑦᓯᐊᓂᖅᒧᑦ ᐋᖅᑭᒍᑎᑦᓴᓄᑦᑐ ᑲᒥᓯᓇᒃᑯᑦ ᐊᖅᕕᑕᕆᐊᖅᖅᓚᓯᓚᐅᔪᕗᑦ ᓄᓇᕕᒃ, ᑯᐯᒻᒧᑦ. ᐊᖅᕕᑕᓕᖅᓯᑎᒃ, ᐃᓕᓵᖅᓚᕕᓃᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᑉ ᑎᑭᓚᐅᔪᔪᑦ ᑕᒫᓄᑦ ᓄᓇᓖᓐᓄᑦ ᐃᓄᑦᔪᐊᒧᑦ ᑰᑦᔪᐊᒧᓪᓗ. ᒥᑦᓴᐅᓵᖅᓯᒥᑦ 15 ᐃᓕᓵᖅᓚᕕᓃᑦ ᑕᓯᐅᔭᖅᔪᐊᒥᐅᑦ ᐃᓄᑦᔪᐊᓕᐊᓚᐅᔪᔪᑦ ᐊᒻᒪᓗ 15 ᐅᖅᒤᕙᐅᒃ ᓯᓈᓂᑦ ᐱᓯᒪᔪᑦ ᑰᑦᔪᐊᓕᐊᖅᑎᓗᒥᑦ ᓯᓚᑦᓯᐊᓂᖅᒧᑦ ᐋᖅᑭᒍᑎᑦᓴᓄᑦᑐ ᑲᒥᓯᓇᒃᑯᑦ ᑲᑎᒪᑎᑦᓯᓚᐅᔪᔪᑦ ᑕᕙᓂ ᑲᑎᓂᖅᒥ. ᑭᓪᓕᓯᓂᐊᖅᑕᐅᓯᑎᒃ, ᐃᓕᓵᖅᓚᕕᓃᑦ ᐃᓄᐃᓪᓗ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐱᓯᒪᔪᑦ ᑲᑎᓂᖅᓄᑦ ᐁᓚᐅᔪᔪᑦ. ᐊᒥᓱᓂᖅᓴᑦ ᐅᓂᒃᑳᑕᐅᔪᑦ ᑐᓴᕗᓚᐅᔪᔪᑦ ᐃᓗᓐᓇᓕᒫᖅᒥᓐᓄᑦ, ᐊᒥᓯᐊᓗᐃᑦ ᑐᓴᒥᐊᖅᑐᓯᒪᔪᑦ ᓯᖅᑯᑕᐅᓚᐅᔪᔪᑦ ᐅᖅᑲᐳᐅᔪᓄᑦ. ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅᒥ ᐱᓇᓱᑦᑏᑦ, ᐃᓚᓐᓈᕆᔭᐅᔪᑦ, ᐃᓚᒦᑦ ᐅᖅᑲᐅᑎᑕᐅᒧᓐᓇᓚᐅᔪᔪᑦ. ᐅᓂᒃᑲᐅᓯᐅᖅᑲᐅᑎᒦᑦᑐᑦ ᐃᓯᒪᒃᑯᓗ ᐅᖅᑯᒣᓪᓘᑐᓃᑦ ᐊᑦᑐᐃᖅᑲᑦᑕᓚᐅᔪᕐᒥᑐᑦ ᓇᓗᓇᖅᓯᑎᓪᓗ ᖃᓄᐃᓘᓚᕐᒪᑦᒪᕐᒪᖅᒪᖅᒥᒃ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐊᑐᓂᑦ ᑭᓯᐊᓂ ᐃᓗᓐᓈᒧᑦ, ᐁᓂᕕᓂᕐᒥᑦ ᐃᓄᑦᔪᐊᒧᑦ ᑰᑦᔪᐊᒧᓪᓗ ᐱᑦᓯᐊᑐᒻᒪᕆᐊᓘᓚᐅᖅᑐᑦ.

ᐃᓄᐃᑦ ᐱᒻᒪᕆᖅᑯᑎᖏᓐᓂ ᐱᓇᓱᐊᓲᖏᓐᓄᑦ ᑲᔪᓯᕗᑦ ᐱᓇᓱᖅᑲᑎᖅᑲᖅᓯᑎᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅ ᑳᓇᑕᒥ ᑲᔪᓯᑎᑦᓯᒥᐊᖅᓂᐊᕆᐊᒥᒃ ᑐᑭᑖᕈᑕᐅᓂᕐᒪᑕ ᐃᓗᓯᖅᓯᓯᐊᖅᓂᒧᑦ ᓴᐳᒻᒥᓂᖅ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᒥ ᐱᓇᓱᑦᑎᓂ ᓄᓇᕕᒻᒥ. ᑖᒃᑯᐊ ᐱᓇᓱᑦᑏᑦ ᐃᓕᒪᓕᖅᐸᑕ, ᑎᓕᔭᐅᒪᐅᑎᒥᓪᓚᕆᒃᓴᕆᑦ ᓴᐳᒻᒥᓪᓚᕆᓗᑎᒃ ᐱᓇᓱᑦᑏᑦ ᐃᓯᒪᒃᑯᑦ ᐅᖅᑯᒣᓪᓘᑐᓂᒃ ᐃᓕᓵᖅᓚᕕᓂᖅᓄᑦ ᐊᓂᖅᖃᕆᕐᕆᑕᒥᓄ ᐃᓕᓴᕆᐊᖅᑎᑕᐅᕕᓂᖅᓄᑦ ᐃᓚᕐᒥᓐᓄᓗ ᐱᓗᐊᖅᑐᖅ ᐃᓕᓵᖅᓚᕕᓃᑦ ᑕᒪᑕ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᒪᑕ ᐃᓄᑑᑦᑎᑐᓂᒃ ᖃᐅᔨᓴᖅᓂᒥᒃ ᐱᓇᓲᑎᓕᐊᒧᓯᒪᔪᒧᑦ.

ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᖅᓂᒧᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ

ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᖅᓂᒧᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ ᐃᒻᒥᒨᓈᖅᑎᑐᑦ ᐊᑐᓂᑦ ᓄᓇᓕᓐᓃᑐᑦ ᑎᓕᔭᐅᒪᐅᑎᖅᑲᖅᓯᑎᒃ ᖃᐅᔨᓴᓚᕐᒪᓂᖅᒥ ᐃᓗᓈᒧᑦ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᖅᓂᒧᑦ ᑭᖕᖑᒪᓇᖅᑐᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᓐᓂᕈᑕᖅᓂᒃ ᓄᓇᓕᕐᒪᑕ ᓲᕐᕐᒪᔭᕐᒥᓐᓂᒃ ᐃᑲᔪᕈᓐᓇᓯᖅᑯᓗᒥᑦ ᑕᑯᓗᑎᓪᓗ ᐃᑲᔪᖅᓯᐅᑎᑦᓴᓂᒃ ᐃᑯᓪᓚᐅᒥᑎᑦᓯᒪᔭᖅᑐᓂᒃ ᐱᓐᓂᕈᑕᖅᓂᒃ. ᑲᑎᒪᔩᑦ ᓄᐃᑕᐅᓯᒪᕗᖅ ᒪᓕᑦᓯᑎᒃ ᐊᑕᐅᓯᖅᒥᒃ ᐱᖅᒪᓯᐃᒧᒻᒪᑕ ᐱᕕᑦᓴᑦ; ᓂᕈᐊᖅᑕᐅᒧᓐᓇᑐᑦ ᓄᓇᓕᓐᓂ, ᑲᑎᒪᔩᑦ ᑎᓕᔭᐅᒧᓐᓇᑐᑦ ᐊᕝᑦᕿᖅᒥᑐᓄᑦ

ᑎᒥᐅᔪᓄᑦ ᓄᓇᓕᖕᓂ ᐅᐸᓗᖕᓅᑦ ᐃᓯᒫᓘᑎᓖᑦ ᓄᓇᓕᖕᓂ ᐃᓯᒉᓐᓇᕿᓗᑎᒃ ᑲᑎᒪᔨᖕᖑᕈᓐᓇᒥᔪᑦ.

ᑖᒃᑯᐊ ᑲᑎᒪᔩᑦ ᓄᐃᑕᐅᒪᒪᑕ, ᑐᓂᔭᐅᖃᑦᑕᔫᑦ $25,000-ᓂᒃ ᐊᕐᕌᒍᑕᒫᑦ ᐊᑐᓂᑦ ᓄᓇᓖᑦ. ᐱᒪᓇᐅᒥᒡᕗᖅ ᖃᐅᔨᑦᓯᒥᐊᒥᒃ ᐱᐅᓯᐅᖃᑦᑕᓯᒪᒻᒥᔪᖅ, ᑐᓂᔭᐅᖃᑦᑕᓚᐅᕐᓯᒪᒻᒥᒪᑕ $12,500.00 ᐊᕐᕋᒍ ᒪᕐᕉᕕᑦᓯᑎᒃ. ᐁᓇᓕ 1-ᒥ, ᐊᑕᐅᓯᕕᓪᓗᑎᒃ ᑐᓂᔭᐅᓚᖓᔪᑦ ᐊᑐᓂᑦ ᓄᓇᓖᑦ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓂᒧᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ. ᐃᓗᓐᓇᑎᒃ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᕕᓃᑦ ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑎᖕᒥᑦ ᐱᔭᐅᓯᒪᒥᐊᓖᑦ ᒫᑦᓯ 31-ᒥ ᐊᕐᕌᒍᑕᒫᑦ.

ᐅᑯᐊ ᓄᓇᓖᑦ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓂᒧᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ ᑲᔪᓯᑦᓯᑎᓪᓗ: ᐊᑯᓕᕕᒃ, ᐊᐅᐸᓗᒃ, ᐃᕗᔨᕕᒃ, ᑲᖏᕐᓱᐊᓗᑦᔪᐊᖅ, ᑰᑦᔪᐊᖅ, ᑰᑦᔪᐊᕌᐱᒃ, ᐳᕕᕐᓂᑐᖅ, ᓴᓪᓗᐃᑦ ᐅᒥᐅᔭᕐᓗ. ᓄᓇᓖᑦ ᐃᓄᑦᔪᐊᖅ, ᑲᖏᕐᓱᔪᐊᖅ, ᖁᐊᕐᑕᖅ, ᑕᓯᐅᔭᕐᓗ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓂᒧᑦ ᑲᑎᒪᔨᕐᑲᕋᑕᖕᖏᑐᑦ, ᐊᑕᐅᑦᓯᑯᕐᑎᓯᔩᑦ ᐸᕐᓂᓯᒪᔪᑦ ᑲᑎᓯᓖᕐᓗᑎᒃ ᑖᒃᑯᓂᖓ ᓄᓇᓕᖕᓂ ᐊᔪᐃᖕᓇᐅᔨᓂᐊᕋᒥᒃ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓂᒧᑦ ᑲᑎᒪᔨᕐᑲᕐᑯᓗᒥᑦ ᑲᖏᕐᓯᒃ.

ᐃᕐᓂᓯᑦᓰᓂᖅ

ᓯᑕᒪᓂᒃ ᐃᕐᓂᓯᑦᓰᕕᖃᕐᑐᒍᑦ ᐱᒍᑦᓯᔪᓂᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥᒃ. ᐱᖓᓯᐃᑦ ᑕᓯᐅᔭᕐᔪᐊᒦᑦᑐᑦ, ᐃᓄᑦᔪᐊᖅ, ᐳᕕᕐᓂᑐᖅ, ᓴᓪᓗᐃᑦ. ᐊᑕᐅᓯᖅ ᐅᖓᓗᐸᒦᑦᑐᖅ ᑰᑦᔪᐊᒦᑦᓯᓂ.

2010-2011 ᐊᕐᕌᒍᖓᓐᓂ, ᐊᕙᑎᓪᓗ 34 ᖁᓕᓪᓗ ᓯᑕᒪᓪᓗ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᔪᐃᑦ ᐃᓅᓕᕐᑐᕕᓂᐅᑎᓪᓗᒥᑦ ᐅᖓᓗᐸᒥ ᐊᒻᒪᓗ 147 ᑕᓯᐅᔭᕐᔪᐊᒥ.

2011 ᐊᐅᔭᖓᓂ, ᐅᖓᓗᐸ ᑐᓚᑦᑕᕕᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᒃ ᓴᓇᔪᐅᑎᑦᓯᓯᓚᐅᕐᑐᖅ ᓄᑖᒥᒃ ᐅᑕᕐᕿᕕᑦᓴᒥᒃ ᐃᓚᐅᑎᑦᓯᓚᖓᔪᖅ ᓄᑖᒥᒃ ᐃᕐᓂᓯᑦᓰᕕᑦᓴᒥᒃ ᐊᓪᓚᕕᐅᓃᕐᑐᓂᓗ ᐱᓇᓱᑦᑎᓄᑦ. ᓄᑖᒥᒃ ᐅᓪᓗᓕᒫᖅ ᐊᑕᔪᒥᒃ ᐃᕐᓂᓯᑦᓰᔨᒥᒃ ᐱᓇᓱᑦᑎᑖᕐᑲᒥᐅᒪᒥᔪᑦ.

ᐳᔨᐊᓐᑕ ᐃᐳ ᐅᖃᕐᓯᒪᓚᐅᔪᖅ ᐱᓇᓱᖃᑎᖃᕈᒪᑦᓯᓂ ᕕᑭ ᕙᓐ ᒍᐊᒃᓇᒥ (Vicki Van Wagner) ᐱᐅᓯᐅᒥᑎᑦᓯᒍᒪᑦᓯᓂ ᐊᑦᔨᓗᐊᖓᓂᒃ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᕐᑯᔨᑦᓯᓂ ᐃᓄᓐᓄᑦ ᐃᓕᓵᓄᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑕᐅᔪᒪᔪᓄᑦ ᐃᕐᓂᓯᑦᓯᔨᐅᒥᐊᒥᒃ. ᑲᑎᒪᖃᑦᑕᑐᑦ ᐅᖃᖃᑎᒌᑦᓯᑎᒃ ᐱᐅᓯᐅᒥᑎᑦᓯᒍᒪᑦᓯᑎᒃ ᓄᐃᑖᕐᑐᒥᒃ ᐃᓕᕐᕿᑎᑕᐅᔪᒥᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᑖᒥᒃ ᐊᓪᓚᑕᐅᒥᐊᖓᐅᑎᒥᒃ ᐊᓪᓚᓕᕐᒥᔪᑦ ᐱᒥᐊᕐᑎᑕᐅᓪᓗᑎᓴᐅᔪᒥᒃ ᓄᑖᖅ ᑮᓇᐅᔭᕐᑐᓇᖅ ᐱᒥᐊᓕᕐᒥᐸᑦ.

ᐃᓗᕐᕿᓯᑐᕐᑲᑎᒍᑦ/ᐱᐅᓯᑐᕐᑲᑎᒍᑦ ᑎᒍᐊᕐᓂᖅ

ᐱᓇᓱᕐᑲᑎᕐᕿᑦᑐᑦ ᐱᐅᓯᑐᕐᑲᑎᒍᑦ ᑎᒍᐊᕐᓂᖅ ᑯᐯᒻᒥ ᓄᐃᑕᐅᓯᒪᓕᕐᑐᖅ ᑐᕐᕐᑲᐅᕕᖕᒥᓐᓄᑦ ᐃᕐᕐᑲᑐᐃᔦᒃᑯᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᒍᑦᓯᕕᒻᒥ ᐃᒫᖕᒉᕿᑎᓕᐅᓚᖓᑦᓯᑎᒃ

ᐋᕐᕿᒋᐊᕿᑎᑦᓯᓂᒃ ᑕᒪᑕ ᐃᓚᐅᑎᑕᐅᖏᒪᑦ ᐱᐅᓯᑐᖃᑎᒍᑦ ᑎᒍᐊᕐᓂᖅ ᑯᐯᒃ ᐱᖁᔭᖏᓐᓂ ᑲᕙᒪᒃᑯᑎᒍᑦ.

ᐱᓇᓱᖃᑎᒌᑦᑐᑦ ᐃᓗᕐᕿᓯᑐᖃᑎᒍᑦ ᑎᒍᐊᕐᓂᖅ ᑕᒪᑕ ᐊᓪᓚᓯᒪᔪᓕᐅᕆᐊᖓᓕᕐᑐᑦ ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑎᒥᒃ ᐃᒫᖕᒉᕿᑎᑕᓕᓐᓂᒃ ᑐᓂᔭᐅᒋᐊᓕᓐᓂᒃ ᒪᕐᖀᓄᑦ ᑐᕐᖃᑌᔩᓐᓄᑦ ᐃᓚᐅᔫᓐᓄᑦ ᑯᐯᒻᒥ ᐱᖁᔭᓕᐅᕐᑎᓄᑦ ᐅᐸᓗᖕᒉᔭᕐᑎᓯᒍᑕᐅᓚᖓᔪᓂᒃ ᓄᓇᓕᑐᖄᑦ ᐱᐅᓯᑐᖃᑎᒍᑦ ᑎᒍᐊᕐᓂᒥᒃ ᑕᒪᓐᓇᓗ ᐱᔭᕇᑕᐅᓛᕐᑐᓴᐅᓂᕐᓯᓂ ᔫᓂ - ᔪᓓ 2011-ᒥ.

ᑭᖖᒪᓇᕐᓂᖅᑲ ᐃᓄᐃᑦ ᐃᓗᕐᕿᓯᖅᑲᑎᒍᑦ/ᐱᐅᓯᑐᖃᑎᒍᑦ ᑎᒍᐊᕐᓂᖅ ᓯᓇᒥᓪᓗᓂ ᐃᓕᑕᕆᔭᐅᓂᖃᕐᑐᓴᐅᓛᓕᕐᑐᖅ ᑯᐯᒃ ᐱᖁᔭᖏᓐᓂ. ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑎᒃ ᐱᔭᕇᕐᑕᐅᐸᑦ ᐱᓇᓱᖃᑎᒌᓐᓄᑦ, ᐃᓄᐃᑦ ᐊᔪᕐᖀᒥᐊᕐᑏᑦ ᑲᑎᒪᔨᖕᒥᑦ ᐃᓗᕐᕿᓯᑐᖃᑎᒍᑦ/ᐱᐅᓯᑐᖃᑎᒍᑦ ᑎᒍᐊᕐᓂᒎᓕᖓᔪᒥᒃ ᑲᑎᒪᐅᑎᖃᕆᐊᖃᓛᕐᑐᑦ ᐱᔭᕇᕆᐊᕐᑐᓗᑎᒃ ᑲᕙᒪᒃᑯᓄᓪᓗ ᐊᖏᕐᑕᐅᑎᒋᐊᕐᑐᓗᒍ ᐃᓄᐃᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᓄᐊᖅᒪᑎᓪᓗᒍ.

ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ

ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᔨᐅᑉ ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑎᖓ

2010-2011 ᐊᕐᕌᒍᖓ ᐸᕐᓀᓂᐅᓚᐅᕐᑐᖅ ᓄᓇᕕᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᕕᒻᒥ ᐱᑐᑦᓯᒪᐅᑎᔪᓂ ᐱᕙᓪᓕᐊᓂᖓᓂ ᐊᔪᐃᓐᓇᓂᕆᓚᐅᕐᑕᕐᒥᓐᓄᑦ ᐱᔪᑦᓴᐅᔫᕐᓯᑎᒃ ᐱᓇᓱᑦᑏᑦ ᑐᕌᒪᕐᑲᕐᓯᑎᒃ ᐱᒥᐊᕐᑎᓯᒥᐊᒥᒃ ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᒥᐊᕐᓂᖓᓂᒃ ᐋᕐᕿᓯᒪᐅᑎᓕᐊᒍᓯᒪᔫᑉ ᓄᓇᓕᓖᑎᒍᑦ ᐸᕐᓂᓯᒪᓂᕐᒧᑦ. ᑕᒪᑐᒪ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖓ ᑲᔪᓯᕐᑯᓗᒍ, ᐊᐅᓚᑦᓴᕆᐊᕐᓂᒧᑦ ᐸᕐᓀᑕᐅᒪᓂᖓ 2010-2011-ᒥᑦ 2011-2012-ᒧᑦ ᓱᓇᒥᑦᓯᐊᓚᐅᕐᑐᖅ ᐱᒍᑦᔨᓃᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᑎᑕᐅᑦᓯᐊᕐᑯᑦᓯᕐᒥᑦ ᐃᓄᓐᓄᑦ ᓄᓇᓕᓖᓂ.

ᑕᒪᒃᑯᐊ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᑦ ᑲᔪᓯᕐᑯᓗᒥᑦ, ᐱᓪᒪᕆᐅᓚᐅᕆᕗᖅ ᓯᕗᓪᓕᐹᒥ ᓄᐃᑦᓯᒥᐊᕐᑲᓚᐅᕐᒪᑕ ᐱᓇᓱᑦᑏᑦ ᐃᓪᓗᓴᕐᒥᓂᒃ ᑕᒣᓐᓄᑦ ᐋᓐᓂᐊᕖᓐᓄᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᕕᒧᑦᓗ ᐃᓕᖓᔪᓂᒃ. ᐊᒥᓯᕕᑦᓯᑎᒃ ᑲᑎᒪᕐᑲᑦᑕᓚᐅᕐᓯᑎᒃ ᕐᑲᐅᔨᓴᕐᑲᑦᑕᓯᑎᓪᓗ ᐱᐅᓂᕐᐹᓂᒃ ᐊᔫᑎᔭᐅᒥᐊᕿᑦᓴᓂᒃ ᐅᓄᕐᓂᐹᓂ ᐱᓇᓱᑦᑎᑖᕈᒪᒧᑦ ᐱᕙᓪᓕᐊᓯᒪᔭᕐᑐᓂᒃ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓂ ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᒥᐊᕐᓂᐊᑐᓂᒃ, ᐃᓗᓐᓇᑎᒃ ᑎᒥᐅᔪᐃᑦ ᐊᖕᒥᕐᑲᑎᒦᓚᐅᔪᔪᑦ, ᕐᑲᓄᐃᑦᑐᓂᒃ ᐃᓪᓗᑖᕐᓂᐊᒪᕐᒫᑕ ᐊᒻᒪᓗ ᓯᕗᓪᓕᐹᒥ ᐊᐅᓚᑦᓴᓇᐊᕿᑕᐅᓚᔪᓂᒃ ᐱᒥᐊᕐᑕᐅᕐᑯᓗᒥᑦ ᐃᓪᓗᓂᕆᓂᕐᒥ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᒐᔭᕐᑐᑦ ᐸᕐᓀᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᐱᔭᕇᕐᑕᐅᒥᐊᕐᑲᕐᓯᑎᒃ 2011-2012-ᒥ.

ᓄᓇᓕᓖᓂ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᓂᒃ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᕆᓂᕐᒥ ᐊᓪᓚᕕᒃ ᑲᒪᓪᓚᕆᓐᓂᓴᐅᕐᑲᑦᑕᓕᓚᐅᕐᑐᖅ ᑐᑭᑖᕆᓪᓕᓐᓂ ᐃᑲᔪᕐᑎᕐᑲᕐᓯᑎᒃ ᑕᒣᓐᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᕖᓪᒪᕆᓐᓂᒃ, ᐱᐅᓂᕐᓴᓂᒃ ᓴᓇᒻᒪᕐᑲᕐᓂᓴᐅᓕᕐᓯᑎᒃ ᐊᒥᓯᐊᓗᓐᓂᓗ ᓴᓇᓕᖓᑦᓯᑎᒃ. ᑖᓐᓇ ᑲᑎᒪᕕᐅᕕᒃ ᓄᐃᑕᐅᓚᐅᕐᓯᒪᔪᖅ ᐊᕐᕌᒍᒃ ᒪᕐᕉᒃ ᓈᓕᕐᑐᒃ ᐃᓚᐅᔪᑦ ᑭᒻᒪᑐᕐᑎᓗᒥᑦ ᐃᓗᓐᓇᕐᒥᓐᓂᒃ ᑕᒣᓂ ᐋᓐᓂᐊᕖᓪᒪᕆᓐᓂ. ᐃᓗᓐᓇᑎᒃ ᐃᓚᐅᔪᑦ ᑲᔪᓯᔪᒥᒃ ᑲᑎᕙᑦᑐᑦ 2010-2011-ᒥ ᓴᐳᒻᒥᓯᑎᒃ, ᓱᓇᒥᑦᓯᒪᓯᐊᕐᓯᑎᒃ ᑐᑭᑖᕆᐊᕐᑲᕐᑲᑦᑕᓯᑎᓪᓗ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᓂᒃ ᐱᔭᕇᕐᑕᐅᒥᐊᓕᓐᓂᒃ.

ᐱᓪᒪᕆᐅᓂᕐᐹᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓚᐅᕐᑐᑦ ᓱᓇᒥᑦᑕᐅᓯᑎᒃ ᓄᓇᓕᓖᓂ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᓂᒃ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᕆᓂᕐᒥ ᐊᓪᓚᕕᒃ ᐅᑯᐊᒍᕗᑦ: ᐊᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᓂ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᑦ ᑭᑎᑕᐅᕐᑲᑕᐅᑎᓪᓗᒍ ᐊᑕᐅᓯᖅ ᐳᕐᑐᓂᕐᐹᓂ ᐃᒫᖁᕐᑎ ᒪᕐᕉᒃ ᐱᓪᓗᑯᒥᐊᓕᓐᓂᒃ ᐱᓇᓱᑏᑦ, ᑐᓴᕈᑎᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᐱᓇᓲᑏᑦ ᓄᐃᑕᐅᓯᒪᔪᑦ 2010-2011-ᒥ ᕿᓇᐅᔭᕐᑐᓂᕐᑲᕐᓯᑎᒃ 3 ᒥᓕᐅᓐᓂᒃ ᓄᑕᐅᓪᓕᑐᕐᓯᒥᑦ ᑐᓴᐅᒪᑎᑦᓯᒍᑏᑦ ᐱᐅᒃᑯᑎᖕᒥᑦ ᐱᓇᓱᒍᓐᓇᓯᑎᑦᓯᒥᑦ ᑕᑯᓐᓇᕋᑦᓴᑎᒍᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᒥ ᐃᓗᓐᓇᕐᒥᓐᓂ ᓄᓇᓕᓖᓂ ᑕᒪᓐᓇᓗ ᐱᔪᓐᓇᓯᑎᑕᐅᓚᐅᕐᓯᓂ ᐃᓄᐃᑦ ᑎᒥᕐᑯᑎᕐᒥᓐᓄᑦ, ᐱᖓᓱᓂ ᐊᕐᕌᒍᕐᓂ ᐱᑦᓯᐊᕋᓯᐊᕐᓂᐅᓚᖓᔪᖅ ᐊᐅᓚᒍᓯᐅᓗᓂ ᐸᕐᓀᑕᐅᒪᔪᖅ ᐱᕐᑯᑎᒻᒪᕆᓐᓄᑦ ᐃᓕᖓᔪᖅ ᐊᕐᕌᒍᕐᓄᑦ 2011-ᒥᑦ 2014-ᒧᑦ. ᐊᒻᒪᓗᒥᐊᓪᓚᒃ, ᐱᕙᓪᓕᐊᓯᓕᐅᕐᒥᔪᒧᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᓇᓲᑎᓂᒃ ᐃᓚᐅᑎᓪᓗᒍ ᐋᓐᓂᐊᕕᓕᐊᕐᓯᒪᔪᓂᒃ ᑲᒪᕕᐅᑉ MNQgo ᕐᑲᕆᑕᐅᔭᕐᒧᑦ ᐱᓲᑎᒃ. ᐱᓪᒪᕆᐅᓂᕐᐸᐅᑎᓪᓗᒍ, ᕐᑭᒥᕐᕿᔭᐅᑦᓯᐊᓂᕐᓴᐅᑎᓪᓗᒥᑦ ᕐᑲᐅᔨᒥᐊᕐᑕᐅᕐᑲᑦᑕᓯᑎᓪᓗ ᕿᓇᐅᔮᕐᑑᑎᑦ ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᓚᐅᕐᒥᔪᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᓄᑦ ᐃᖕᒥᕐᕿᑎᑕᐅᔪᓄᑦᓗ

ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᑐᑦᓯᒪᐅᑎᔪᓂ ᐱᕕᑦᓴᖅᑲᕐᑎᓯᑦᓯᓂ ᑕᒪᓐᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒪᓈᓐᓂᒃ ᐊᕐᕌᒍᕐᒥ 2010-2011-ᒥ ᑲᓲᕐᓯᒪᑎᓪᓗᒥᑦ ᑐᕌᒐᒥᒃ.

ᐃᓗᓐᓇᑎᒃ ᐱᓇᓲᑎᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᒍᓰᓪᓗ ᐃᓂᒥᓃᑦᓯᐊᑎᓪᓗᒥᑦ ᐃᓗᓐᓇᑎᓪᓗ ᐃᓄᒃᑲᓚᐅᖅᒥᑐᑦ ᐱᓇᓱᕙᑦᓴᑦ ᐃᓐᓄᓯᒪᓕᕐᑎᓗᒥᑦ, ᓯᕗᓂᑦᓴᖅᑲᑦᓯᐊᓂᕗᑦ ᓂᕆᐅᓐᓇᓕᕐᑐᖅ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐃᓄᓕᒫᓄᑦ ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᒥᐊᓯᒪᓪᓚᑦ ᐋᕐᕿᓯᒪᐅᑎᓂᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᓄᑦ ᐸᕐᓇᑕᐅᓯᒪᔪᖅ ᐱᐅᒃᑯᑎᕐᑲᑦᓯᐊᑎᑦᓯᓂᐊᕐᒪᑦ ᓄᑖᓂᒃ ᐱᔭᑦᓴᓂᒃ ᓵᖅᒪᓯᒥᐊᕐᓂᒥᒃ.

ᓴᓚᒃ ᑐᐊᑦ

ᕿᓇᐅᔭᕐᓂᒃ ᐱᕕᐅᖃᑦᑕᓚᐅᕐᑐᑦ

ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᑐᖀᒣᑦ (ᑐᕐᖃᑦᑕᕐᕕᒃ)

ᑐᕐᖃᑦᑕᕐᕕᒃ ᐊᖏᕈᑎᕐᖃᕐᓯᒪᔪᑦ ᕿᓇᐅᔭᕐᑑᑎᕐᖃᕐᓂᐊᑎᓪᓗᒥᑦ $130.5 ᒥᓕᐅᓐᓂᒃ ᓄᓇᕕᒻᒧᑦ 2010-2011-ᒥ ᐃᓚᐅᑎᓐᓇᒥᑦ ᐱᕐᑯᑎᒻᒪᓈᑦ ᕿᓇᔭᕐᑑᑎᖕᒥᑦ. ᕿᓇᐅᕐᔭᑐᓇᐅᑉ ᐊᕐᕌᒍᖕᒐᓂ 2010-2011-ᒥ, ᑐᕐᖃᑦᑕᕐᐱᒃᑯᑦ ᐅᓄᕐᓰᒥᐊᓚᐅᕐᑐᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑐᖀᒪᖕᒥᓐᓂᒃ 25.4 ᒥᓕᐅᓐᓄᑦ. ᑖᓐᓇ ᐋᕐᕿᒥᐊᕈᑕᐅᓚᐅᕐᑐᖅ ᑐᖖᒐᕕᓕᒃ 2009-2010 ᐋᓐᓂᐊᕖᒪᓈᒃ ᐊᐅᓚᑦᓯᖕᒥᑦᑕ ᐊᑭᓕᑦᓴᖕᒥᓐᓂᒃ ᐊᖏᕐᑲᑎᒦᒪᓯᐊᕈᑕᐅᓚᐅᕐᑐᓂᒃ ᐋᕐᕿᓯᒪᐅᑎᓂ ᓄᓇᓕᓕᒫᑎᒧᑦ ᐸᕐᑖᓯᒪᓂᕐᒧᑦ ᐊᕙᓗᓕᕐᑕᐅᓯᒪᐅᑎᓄᑦ. ᑕᑯᑯᓂ ᐊᕐᕌᒍᕐᒥ, ᑕᒪᕐᒥᒃ ᐋᓐᓂᐊᕖᒪᓈᒃ ᐃᓱᓕᓚᐅᕐᑑᒃ ᐊᕐᕌᒍᕐᒥᓂᒃ ᑲᓱᕐᓯᒪᑎᓪᓗᒥᒃ ᑐᖀᒪᒥᒃ. ᑐᕐᖃᑦᑕᕐᐱᒃᑯᑦ ᐊᑮᓚᐅᕐᒥᔪᑦ ᐃᓗᓐᓇᓕᒫᖕᒥᓐᓂᒃ ᐊᑭᓕᑦᓴᓂᒃ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᕐᒧᑦ ᐊᑭᓕᑦᓴᓕᐊᒍᓯᒪᔪᕕᓂᕐᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᕖᒪᓈᓐᓄᑦ ᑲᑎᑦᓯᑎᒃ 128.5 ᒥᓂᐅᓐᓂᒃ. ᓄᓇᓕᓕᒫᑎᒧᑦ ᑐᖀᒣᑦ ᐊᒃᒍᐅᓚᐅᕐᑐᑦ ᐃᒉᓕᖕᒐᑎᓪᓗᒥᑦ:

2010-2011 ᐊᒃᒍᑕᐅᔭᑦ	$ ᒥᓕᐅᓐᑎᒍᑦ
ᑎᒥᐅᔭᐃᑦ	
ᐃᓅᓕᑦᓯᕖᒃ ᐋᓐᓂᐊᕖᒃ	55.7
ᐅᖕᒨᕙᒥ ᑐᓚᑦᑕᕖᒃ ᐋᓐᓂᐊᕖᒃ	40.6
ᓄᓇᕕᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᕕᒃ ᕿᓇᐅᔦᑦ ᐊᑐᕐᕕᒋᒥᐊᓕᕐᒥᓐᓄᑦ ᑐᓂᔭᐅᓯᒪᔭᑦ	
ᐃᒪᕐᑲᐅᑏᑦ ᐃᒪᕐᑲᐅᑎᕐᖃᖕᒥᑐᐃᓪᓗ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᕙᓪᓕᕐᑯᑏᑦ	20.4
ᐊᓯᖏᑦ	3.6
ᓄᓇᓕᓐᓂ ᑎᒥᐅᔭᐃᑦ	
ᐅᕕᒃᑫᑦ ᐃᓪᓗᕐᑯᑎᖏᑦ	1.8
ᐊᓯᖏᑦ	3.4
ᕐᑯᒥᐅᑏᑦ - ᐱᐅᓯᕐᔾᔨᑎᐅᖕᖏᑐᒃᑯᑦ ᐱᓇᓯᑦᑕᐅᒥᐊᕐᑲᕐᓯᑎᒃ ᐱᒥᐊᕐᑕᐅᕋᑕᖕᖏᑐᑦ	5.0
ᑲᑎᑦᓯᑎᒃ ᐊᒃᒍᑕᐅᔭᑦ	**130.5**

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᒍᑦᔨᓂᐅᑉ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᕐᒧᑦ ᑐᖀᒐᖓ

ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓃᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᕐᖃᕐᑎᓯᔾᔪᑦᑲᑦ ᕿᓇᐅᔭᓕᕆᓂᕐᒥ ᕐᑲᐅᔨᒪᔪᓪᓚᕆᓪᒥᒃ ᐊᓯᖏᓐᓄᑦ ᐊᐱᑦᑐᓯᒪᓂᕐᓄᑦ ᐊᑐᕐᑕᐅᔾᔨᓂᒃ: ᐳᕐᑐᓂᕐᓴᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᓕᕆᕖᖓ, ᐃᓄᐃᑦ ᐋᓐᓂᓇᕐᑐᕐᑯᑎᖏᑦ ᐃᓗᕐᕈᓯᕐᒥᓪᓗ, ᐸᕐᓐᓂᕐᓄᑦ ᐱᔭᑦᓴᓕᕆᓂᕐᓄᓗ, ᓇᐅᓕᒫᓂ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒃ

ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᕕᐅᑉ ᓯᓚᑖᓂᑦᑐᓂᒃ ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ. ᑕᐃᑲᓂ ᐊᕐᑬᒍᓚᐅᕐᑐᕐᒥ, ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ ᐊᐅᓚᑦᓯᓚᐅᕐᑐᖅ ᐅᑯᓂᖓ ᑮᓇᐅᔭᕐᑑᑎᓂᒃ:

ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᖅ ᑮᓇᐅᔦᓐᓗ ᐊᑐᕐᕕᒥᒥᐊᓕᖏᓐᓅᑕᐅᓯᒪᔪᑦ

ᑐᕐᖅᑲᑕᕐᕕᒃ ᑐᓂᔨᓯᒪᔪᖅ 5.1 ᒥᓕᐅᓐᓂᒃ ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᒍᔨᓂᒃᑯᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᒍᑎᒥᓚᖓᔭᖏᓐᓂ. ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᑐᓂᔭᐅᓯᒪᒻᒥᔪᖅ $900,000-ᓂᒃ ᐊᓯᖏᓐᓂᑦ ᑎᒥᐅᔦᓂᑦ ᐱᔦᓂᑦ ᐊᒥᓲᓂᕐᓴᑦ ᑐᓂᔭᐅᓚᖓᓯᒪᑦᓯᑎᒃ ᐊᖏᕐᑲᑎᑮᒍᑎᐅᓯᒪᔦᑦ. ᐃᓚᒥᐊᕈᑕᐅᒻᒥᔦᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᕆᓂᕐᒍᑦ ᑐᕐᑬᑦ, ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᒍᑦᔨᓂᖅ ᐱᑎᑕᐅᓯᒪᒻᒥᔦᖅ ᐊᐅᓚᑦᓯᑎᑕᐅᑦᓯᓂᓗ 25 ᒥᓕᐅᓐᓂᒃ ᑮᓇᐅᔦᑦ ᐊᑐᕐᕕᒥᒥᐊᓕᖏᑦ ᒪᓕᑦᓯᒥᑦ ᐱᑦᓗᑯᒥᐊᓕᓐᓄᑦ ᐱᓇᓯᑦᑕᐅᔦᓄᑦ. ᑖᒃᑯᐊ ᑮᓇᐅᔦᑦ ᐊᑐᕐᕕᒥᒥᐊᓕᒻᒥᓄᑦ ᐊᑐᕐᑕᐅᒥᐊᕐᑲᕐᓯᒪᔦᑦ ᒪᕐᕈᐃᓂᑦ ᐊᑦᔨᑮᖏᑐᓂᒃ ᐱᓯᒪᔦᑦ ᑮᓇᐅᔦᑦ, ᐊᑕᐅᓯᖅ ᑐᕗᓐᓇᑐᒥᒃ ᑐᕐᖅᑲᑕᕐᕕᑯᓂᑦ ᐱᓯᒪᔦᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐁᑉᐸᖓ ᓄᓇᓕᓕᒫᓄᐊᖓᑎᑦᑐᒥᑦ ᑮᓇᐅᔭᕐᑑᑎᑦᓴᓂᒃ.

ᐱᕐᑯᑎᒻᒪᕇᑦ ᑮᓇᐅᔭᕐᑑᑎᖏᑦ

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᒍᑦᔨᓂᖅ ᑐᓂᔨᓚᐅᕐᒥᔦᑦ 7.1 ᒥᓕᐅᓐᓂᒃ ᐊᑦᔨᑮᖏᑐᓄᑦ ᐱᕐᑯᑎᒻᒪᕇᑦ ᐱᓇᓯᑦᑕᐅᓂᖏᓐᓄᑦ ᐅᑦᑑᑎᒥᓗᒍ ᐱᓇᓲᑏᑦ, ᓴᓇᔭᐅᒥᐊᓖᑦ ᓄᐃᑕᑦᓕᑐᕐᑕᐅᒥᐊᓖᑦᑐᑦ ᐃᑦᑐᐃᑦ, ᐊᓐᓂᐊᓯᐅᕈᑎᑦᑐ.

ᑲᕙᒪᑐᕐᑲᒃᑯᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᑕᐱᕇᑦ ᑲᓇᑕᒃᑯᓗ ᑐᓂᓯᒪᔭᖏᑦ ᑮᓇᐅᔦᑦ ᐊᑐᕐᕕᒥᒥᐊᓕᖏᓐᓄᑦ ᐊᑐᕐᑕᐅᒥᐊᓖᑦ

8.9 ᒥᓕᐅᓐ ᑲᕙᒪᑐᕐᑲᒃᑯᓂᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᑕᐱᕇᑦ ᑲᓇᑕᒃᑯᓂᑦᑐ ᐱᔭᐅᓚᐅᕐᒥᔦᑦ. ᐊᑦᔨᐅᖏᓂᕐᓴᐅᓯᑎᒃ ᑯᐯᒃᑯᑦ ᐊᑐᕐᕕᒥᒥᐊᓕᖏᓐᓄᑦ ᑐᓂᔭᐅᓲᓂᒃ, ᑐᓂᔨᓂᕐᒍᑦ ᐊᖏᕐᑲᑎᑮᒍᑎᖏᑦ ᑖᒃᑯᓈᓐᓂ ᑎᒥᐅᔦᓐᓂ ᐊᕐᑬᒍᑕᒫᑦ ᐃᓕᖓᓰᑦ. ᐊᕐᑬᒍᑉ ᐃᓯᓕᒻᒪᑦ, ᐅᑎᕐᑎᓯᒥᐊᕐᑲᓰᑦ ᑮᓇᐅᔭᕐᓂᒃ ᐊᑐᕐᑕᐅᖏᑦᑐᓕᒫᕕᓂᕐᓂᒃ ᐊᕐᑬᒍᑉ ᐃᓗᐊᓂ.

ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅ ᑳᓇᑕ ᐃᓄᐃᑦ ᑕᐱᕇᑦ ᑲᓇᑕᒃᑯᓗ	$
ᓄᓇᓕᑐᕐᖁᑦ ᐱᑕᑦᓴᖃᓗᐊᕐᓂᒧᑦ ᐊᐅᓚᑦᔭᓇᐊᕈᑎᖃᕐᓯᓂᖅ	589 582
ᓯᕗᓂᑦᓴᓕᐅᑦᓯᐊᓂᕐᒧᑦ	1 153 893
ᐊᓂᕐᕿᓯᒪᔪᓂᒃ ᓄᓇᓕᖕᓂᓗ ᑲᒪᓂᖅ	2 110 110
ᓄᑕᕿᑦᓴᓇᔭᐅᑦᓯᑎᒃ ᐃᒥᐊᓗᒍᑕᐅᓕᓅᑦ ᖃᓄᐃᒍᑎᖏᑦ	351 762
ᐃᓯᒪᒧᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐅᐃᒪᓇᕐᓯᓯᒪᔪᓂᒃ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᖅ	870 719
ᓄᑕᕿᑦᓴᓖᑦ ᓂᕆᑦᓯᐊᕆᐊᕐᑲᕐᓂᖏᓂᑦ	296 196
ᐃᒻᒥᓂᐊᕐᑎᓯᑦᑌᓕᓂᕐᒧᑦ ᐋᕐᕿᓯᒪᐅᑎᑦᓴᓂᖅ	88 000
AHTF ᐊᑦᔨᒦᑦᑎᓯᓂᕐᒥ ᐃᓗᓐᓇᖏᓐᓂᒃ ᐸᕐᓀᓯᒪᐅᑎᒃ- ᐃᓯᒪᒧᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅ	825 135
AHTF ᐃᓕᓐᓂᐊᕖᓐᓂ ᐃᓗᓯᕐᓯᓯᐊᕐᓂᖅ ᐊᖓᔪᕐᓇᑐᓂᓪᓗ ᐊᑐᕐᓂᓗᓐᓂ	654 207
AHTF ᓯᖏᐅᓴᓂᕐᒧᑦ ᐸᕐᓀᓯᒪᐅᑎᒃ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᒥ ᐱᓇᓯᑦᑕᐅᔪᖅ	663 964
ᓄᓇᓕᑐᕐᖁᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᓇᓯᑦᑎᓂᒃ ᐱᔪᑦᓴᐅᔫᕐᑎᓯᓂᖅ	177 086
ᐃᓕᓐᓂᐊᕆᐊᕐᑎᑕᐅᓚᐅᕐᑐᕖᓂᑦ ᐊᓂᕐᕿᕆᖕᖏᑕᒥᓄᑦ	282 656
ᓂᕆᑦᓯᐊᓂᖅ ᑲᓇᑕᐅᑉ ᐅᑭᐅᕐᑕᑐᖓᓐᓂ	245 250
ᐃᓄᓕᕆᔩᑦ ᑲᕙᒪᑐᕐᑲᒃᑯᓂ	
ᐃᓄᒻᒪᕆᑦ ᑎᒥᒥᒍᑦ ᖃᓄᐃᒍᑎᓖᑦ	25 744
ᐃᓚᒦᓂ ᐱᒥᐊᕐᑲᑦᑕᐅᑎᓅᑦ	169 200
ᑕᕐᕿᒥ ᓴᓗᒋᑦᓕᑎᕐᑕᐅᓯᒪᔭᐃᑦ ᐱᓇᓯᑦᑕᐅᓂᖓ	124 028
ᐃᓄᐃᑦ ᑕᐱᕇᑦ ᑲᓇᑕᒥ	
ᐃᓅᓕᕐᑐᕕᓂᖅ ᑐᐸᕿᔪᒐᓂ ᐊᒻᒪᓗ ᑐᖑᔭᕐᑕᒥᒃ ᐃᑯᒪᒥᒃ ᐱᔭᐅᑎᑦᓯᒐᓯᐊᕈᑎᒃ	56 401
ᓄᓇᓕᓖᒪᓂ ᐊᑕᐅᑦᓯᑰᕐᑎᓯᔦ	175 000
ᑲᑎᑦᓯᑎᒃ ᐅᑎᕐᑎᑕᐅᒥᐊᕐᑲᖕᖏᑐᑦ ᕿᓇᐅᔦᑦ	**8 858 933 $**

ᐱᖁᑎᒻᒪᕇᑦ ᐱᐅᒃᒍᑏᓪᓗ

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᒍᑦᔨᓂᖅ ᐃᓚᐅᓚᐅᕐᒥᔭᖅ ᐊᒥᓱᓄᑦ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂᓪᓗ ᐱᓇᓯᑦᑕᐅᔭᓂ. ᐊᑕᐅᓯᖅ ᐃᓚᖓ ᐱᒻᒪᕆᐅᑎᓪᓗᒍ ᐱᓇᓯᑦᑕᐅᓚᐅᕐᑐᖅ ᑕᕝᕙᓂ ᐊᕐᖁᒧᕐᒥ ᐸᕐᓀᑕᐅᓯᒪᓚᐅᕐᑐᖅ ᓴᓇᔭᐅᓚᖓᑎᓪᓗᒥᑦ ᐊᕙᑎ ᐱᖓᓱᑦ ᕐᑯᓕᓪᓗ ᐱᓇᓯᑦᑏᑦ ᐃᓪᓗᓴᖏᑦ. ᓯᕗᓂᕐᒥ ᑕᑯᓐᓇᑕᐅᓯᒪᒻᒪᑕ ᐱᒍᑦᔫᑦ ᐊᖏᓕᕙᓪᓕᐊᑐᐃᓐᓇᓚᖓᓂᖏᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ. ᕿᖕᖑᒪᓇᕐᓂᖓ ᐊᒥᓲᓂᕐᓴᓂᒃ ᐃᓪᓗᕐᑲᓐᓂᐊᕐᑲᕐᓂᖏᑦ ᐊᖏᓂᕐᐸᐅᑎᓪᓗᒍ ᓯᕗᓪᓕᐅᔭᐅᒥᐊᕐᑲᓕᕐᕿᓯᒪᔪᖅ. ᐊᒥᒎᓂᕐᓴᑦ ᐃᓪᓗᐃᑦ

ᓄᑖᑦ, ᐊᑯᓂᓂᑕᐅᓂᖅᓴᒥᒃ ᑕᐅᑦᑐᓃᑦ (M4) ᓄᑕᐅᓪᓕᑐᖅᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᓄᑖᒥᒃ ᑕᐅᑦᑐᖅᑲᓯᑎᓪᓗᒥᑦ (ᓯᑕᒣᑦ ᐃᑦᓯᒥᑦᑕᑕᓅᑦ), ᐊᑭᑭᓐᓂᓴᐅᑦᓯᓂ ᐃᓄᓐᓂᒃ ᐅᓄᖅᓂᓴᖅᑲᕈᓐᓇᓯᓂ ᓄᓇᓖᑦ ᐊᖏᓕᕙᓪᓕᐊᑐᐃᓐᓇᑐᓂᒃ ᒪᓕᑦᓯᑎᒃ.

ᑕᒪᓐᓇ ᐱᐅᓯᐅᒥᖅᑯᓗᒍ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐃᓪᓗᖅᑲᓇᐊᖅᑲᖅᓂᐅᑉ ᑭᖑᕚᓕᒪᓇᖅᓂᖓ, ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᖅᒥ ᐃᓄᓕᓇᓂᖅᒥᓗ ᐱᒍᑦᐳᓂᖕ ᐃᑲᔪᖅᓯᓯᒪᔪᖕ ᑕᒣᓐᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᓪᓚᕖᓐᓂᒃ ᐅᐸᔫᒪᓚᐅᖅᒪᓃᒃ ᐊᖏᓂᖅᓴᓂᒃ ᐱᐅᓯᖅᔫᑎᐅᖕᖏᑐᒃᑯᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᒥᐊᓕᓐᓂᒃ ᐱᓇᓱᑦᓯᑎᒃ. ᐃᓅᓕᒃᓯᕕᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᒃ ᓄᑖᒥᒃ ᐅᑕᖅᑭᕕᑦᑖᕿᓐᓇᓚᐅᖅᑐᖕ ᐋᓐᓂᐊᕕᐅᑉ ᓴᓂᐊᓃᑦᑐᒥᒃ ᖃᓂᓐᓂᓴᐅᓯᑎᓪᓗᒥᑦ ᐋᓐᓂᐊᕕᓕᐊᖅᓯᒪᔪᐃᑦ. ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᓂ ᐃᓚᐅᓚᐅᖅᒥᔪᖕ 2,000,000-ᕿᖅᑐᖕ ᐊᓪᓚᕕᑦᓴᑦ ᐅᕕᒐᖅᑐᐃᓗ ᓴᐳᒻᒥᔪᐅᓂᖓᑕ ᐱᒍᑦᐳᕖᑦᓴᖓ.

ᐅᖓᓖ ᑐᓕᑦᑕᕖ ᐋᓐᓂᐊᕕᓪᓕ, ᐱᓇᓱᑦᑕᒥᓂᓪᓕ, ᓄᑖᒥᒃ ᐅᑕᖅᑭᕕᑦᑖᓚᖅᓂᐊᑐᑦ ᐊᕐᕌᒍ 2011 ᐃᓯᓕᓚᐅᖅᑎᓇᒍ. ᐊᓯᖓ ᐱᓪᓚᕆᐅᓪᒥᔪᖕ ᐱᓇᓱᓚᐅᖅᑕᖓ ᐅᐃᒍᐳᒥᐊᖅᑲᓚᐅᖅᑐᑦ ᓄᓇᒃᑰᔪᖅᑲᐅᑎᒥᓂᒃ ᐅᐃᒪᓇᖅᑐᓯᐅᑎᐅᑉ ᓄᓇᒃᑰᔫᑉ ᐃᓂᖓᓂ ᑕᕝᕙᓂᑦᓴᓇᖅᑐ ᓄᑖᒥᒃ ᐊᓪᓚᖅᑯᑎᓂᒃ ᓴᓂᖅᕓᕕᑦᓴᒥᒃ ᐃᓂᒥᔪᐅᑏᖅᓯᓂ, ᓄᑖᒥᒃ ᐃᓅᒍᓐᓀᑐᖅᑲᐅᑎᒥ ᐊᒻᒪᓗ ᑭᖕᖑᒫᓇᖅᑐᓂᒃ ᐱᓇᓱᑦᑏᑦ ᐊᓪᓚᕕᑦᓴᖓᓐᓂ ᐃᓚᖅᑲᖅᑐᓂ. ᒥᑦᓴᐅᕗᖅᓯᒍ ᐊᑭᒦᖅᑕᖓ ᑕᒪᑐᒍᖓ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓚᖓᔫᑦ $3,000,000 ᒥᑦᓯᑎᓐᖏᑐᖕ.

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᖅᒥ ᐃᓄᓕᓇᓂᖅᒥᓗ ᐱᒍᑦᐳᓂᖕ ᐱᓇᓱᓕᖅᒥᔪᖕ ᐱᔭᕇᕿᓯᐊᖅᓯᓂ ᓄᑖᒥ ᐊᕐᕌᒍᖅᓂ ᐱᖓᓱᓂᒃ ᐱᑦᓯᐊᕿᓯᐊᖅᓂᐅᓚᖓᓗᓂ ᐊᐅᓚᒍᓯᐅᓚᖓᔪᖕ ᐸᖅᑐᓯᒪᐅᑎ ᑮᓇᐅᔦᑦ ᑐᕿᒐᖏᓐᓂᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ 2011-ᒥᑦ 2014-ᒧᑦ ᐃᓕᖓᓕᖓᔪᓂᒃ. ᐃᑲᔪᖅᓯᒪᔭᐅᓗᑎᒃ ᑕᒣᓄᑦ ᐋᓐᓂᐊᕕᓪᒪᓅᓐᓄᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ, ᐱᓇᓱᖅᑲᑎᖃᑦᓯᐊᓂᖅᓴᐅᒍᓐᓇᓕᖅᑐᒍᑦ ᑐᓴᐅᒪᑎᑦᓯᐊᓂᖅᓴᕆᓕᖅᓯᒥᓪᓗ ᑮᓇᐅᔭᖅᑑᑎᑦᓴᖏᓐᓂᓗ ᑭᖕᖑᒫᓇᖅᑐᓂᒃ ᑲᔪᓯᑦᓯᐊᖅᑯᓗᒥᑦ ᐊᒥᓲᓂᖅᓴᓂᒃ ᐱᔭᑦᓴᖏᓐᓂᒃ.

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᖅᒥ ᐃᓄᓕᓇᓂᖅᒥᓗ ᐱᒍᑦᐳᓂᒃᑯᑦ ᐊᒥᓱᐊᓗᓐᓂᒃ ᐱᔭᑦᓴᓃᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᒥᐊᖅᑲᖅᓯᑎᓪᓗ ᑖᑉᐸᓂ ᐊᕐᕌᒍᖅᒥ. ᓄᑕᐅᓪᓕᑐᓇᐊᓕᓪᓚᓅᑦ ᑕᓪᓕᒣᑦ ᐃᓪᓗᑐᖅᑲᐅᓂᖅᓴᐅᓕᖅᑐᑦ ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᓚᖓᔪᑦ ᐱᔭᕇᖅᓯᒪᓚᖓᔪᑦᓴᐅᓯᑎᓪᓗ 2011 ᐊᕐᕌᒍᖓᓂ.

ᐱᓇᓱᑦᑎᓕᕆᕕᒃ

ᐊᒥᓱᐊᓘᖕᖏᑐᓂᒃ ᐊᓯᑦᕿᔪᖅᑲᓚᐅᖅᑐᖕ ᐱᓇᓱᒐᑦᓴᑦ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᕕᖓᓂ ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᖅᒥ ᐃᓄᓕᓇᓂᖅᒥᓗ ᐱᒍᑦᐳᓂᖅᒥᒃ 2010-2011-ᒥ:

- ᐊᑕᐅᓯᖕ ᐊᑕᔪᖕ ᐱᓇᓱᒐᖕ;
- ᓯᑕᒪᐅᔪᖅᑐᑦ ᐊᑕᔪᐃᑦ ᐱᓇᓱᒐᑦᓴᑦ;
- ᐊᑕᐅᓯᖕ ᐅᓪᓘᑦ ᐃᓚᖓᓂ ᐱᓇᓱᒐᑦᓴᖕ;
- ᐊᕙᑎᒃ ᒪᖅᑮᒃ ᑕᓪᓕᒪᓗ ᐊᑕᔪᒥᒃ ᐱᓇᓱᒐᑦᓴᑦ
- ᐊᑕᐅᓯᖕ ᐅᓪᓘᑦ ᐃᓚᖓᓂᒃ ᐱᓇᓱᒐᑦᓴᖕ
- ᐱᖓᓱᑦ ᐊᑕᔪᒥᒃ ᐱᓇᓱᒐᑦᓴᑦ

ᐊᕐᖁᓂᓂᑌᑦ ᑕᑯᓐᓇᓯᒥᑦ, ᐱᖓᓱᓂᒃ ᐊᑕᔪᒥᒃ ᐱᓇᓱᒐᑦᓴᓂᒃ ᐃᓚᒥᐊᓪᓚᓯᒪᓕᕙᑦ. ᒪᕐᕉᒃ ᓄᑖᒃ ᐱᓇᓱᒐᑦᓵᒃ ᐊᓪᓚᑎᐅᑉ ᐃᓂᖓ ᐊᑕᐅᓯᕐᓗ ᐃᓄᑦᑎᑑᓕᕐᑎᓇᔨ (ᖃᓪᓗᓈᑎᑑᒥᑦ - ᐃᓄᑦᑎᑐᒧᑦ) ᑖᒃᑯᐊ ᐳᕐᑐᓂᕐᓴᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᕐᒥᒎᒃ.

ᑌᒣᒻᒪᑦ, ᐊᖏᓂᕐᔮᓗᒐᓗᐊᕐᐸᑦ ᐊᕐᖂᓂᓂᑦ, ᑕᕝᕙᓂ ᐊᕐᖂᒧᕐᒥ ᓯᓚ, ᐊᖏᓂᕐᐸᐅᑎᓪᓗᒍ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓚᐅᕐᑐᖅ "ᐱᓇᓱᑦᑎᓕᕆᕕᒻᒥ" ᐱᓇᓱᑦᑎᓴᕐᓯᐅᓂᕐᒥᒃ ᑲᔪᓯᑎᑦᓯᒪᔭᕐᑐᓂᒃ ᐱᓇᓱᖃᑎᒌᓪᓗᑎᒃ ᐅᓪᓗᓇᐊᑉ ᐅᕕᒃᑲᓕᕆᕕᖓᓐᓂ ᒪᓐᑐᔨᐊᑦᒥ. ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᒍᑦᔨᓂᖅ ᐃᑉᐱᒥᔭᖃᕐᐳᖅ ᓴᐳᒻᒥᓂᕐᒥᒃ ᐱᓇᓱᑦᑎᓕᕆᕕᒃ ᐱᒍᑦᔨᕕᒻᒥ ᐱᓇᓱᑦᑎᓴᕐᓯᐅᓂᕐᒥ, ᑭᓇᐅᑦᔭᓵᓂᒃ ᑲᒪᕕᒻᒥᒃ ᐃᓗᐊᒍᑦ ᓯᓚᑖᒍᓪᓗ ᐱᓗᐊᕐᑐᖅ ᐋᓐᓂᑐᖃᕐᒪᑦ ᐃᒻᒪᖃᐅᑎᖃᕐᑎᓯᒌᒃᑯᓂ.

ᑲᔪᓯᔪᒍᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᑖᓚᖓᑦᓯᑕ ᐊᕙᑎ ᐱᖓᓱᓂᒃ ᐱᓇᓱᑦᑎᓂᒃ ᐅᑦᔫᑎᒥᓗᒥᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᔨᓂᒃ, ᐊᑯᓐᓂᖓᓅᕐᓯᑎᒃ ᓵᑦᓯᔨᓂᒃ, ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑎᓂᒃ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᓇᓱᑦᑎᓂᒃ.

ᐃᓯᒪᒥᑦᓯᒥᑦ ᐱᓪᓗᑯᒥᐊᓖᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᖏᑦ, ᐱᓇᓱᒐᖓᑕ ᐃᑲᐅᕐᓂᖏᑦ ᐅᖓᓯᓐᓂᖏᓪᓗ ᐱᓇᓱᕝᕕᓄᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓗᓯᓕᕆᕕᐅᑉ ᓇᓃᓐᓂᖓ, ᐋᕐᕿᓯᐃᒥᐊᑦᓯᐊᓇᐊᖃᓚᐅᕐᑐᒍᑦ ᐃᓂᓪᓚᖓᓂᕆᓰᑦᑎᓂᒃ ᒪᓕᒋᓂ ᑮᓇᐅᑦᔭᓵᓂᓪᓗ ᐱᒍᑦᔨᕕᒻᒥ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᓇᓱᑦᑎᓕᕆᕕᒻᒥ ᐱᒍᑦᔨᕕᒻᒥᒃ.

ᓯᓚᒥᐊᓪᓚᒃ, ᑰᑦᔪᐊᒥ, ᐊᒥᓯᐊᓗᐃᑦ ᐱᓇᓱᒐᑦᓴᑦ ᐃᓐᓄᓇᐊᖃᓚᐅᕐᒥᔪᑦ ᓄᑖᓂᒃ ᐱᓇᓱᑦᑎᓂᒃ. ᑌᒣᒻᒪᑦ, ᐱᓇᓱᑦᑐᓴᕐᓯᐅᓚᐅᕐᑐᑦ ᐅᑯᓂᖓ:

ᐳᕐᑐᓯᒥᐊᕐᑕᐅᓚᐅᕐᑐᑦ: ᑮᓇᐅᔭᓕᕆᕕᒻᒥ ᐱᓇᓱᑦᑎ ᐳᕐᑐᓯᒥᐊᕐᑕᐅᓚᐅᕐᑐᖅ ᑮᓇᐅᔭᓕᕆᓂᕐᒥ ᓯᕗᓕᓚᖓᓕᕐᑎᓗᒍ;

ᐱᓇᓱᑦᑏᑦ ᓄᕐᖃᓚᐅᕐᑐᑦ: ᐊᑭᓕᖁᑦᓴᓂᒃ ᐱᓇᓱᑦᑎ, ᐳᕐᑐᓂᕐᓴᓂ ᐊᓪᓚᑎ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᕕᒻᒥ, ᐊᓪᓚᑎ ᐳᕐᑐᓂᕐᓴᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᖓᓂ, ᓴᓗᒻᒪᓴᔨ, ᐅᕕᒐᕐᑐᐃᑦ ᐃᓚᒦᓪᓗ ᐃᒫᖕᒉᕐᑎᖓ, ᐋᓐᓂᐊᓂᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᒫᖕᒉᕐᑎᖓ, ᐃᓄᒻᒪᕆᑦ ᓄᓇᓕᓐᓂᓗ ᐱᒍᑦᔨᕕᒻᒥ ᐃᒫᖕᒉᕐᑎᖓ, ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᒥ ᐱᓇᓱᑦᑎ, ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᔨ ᐸᕐᖑᓂᕐᓄᑦ ᐱᔭᑦᓴᓕᕆᓂᕐᓄᓗ, ᑳᒃᑲᓖᑦ, ᐅᕕᒐᕐᑐᐃᑦ ᐃᓚᒦᓂᓪᓗ ᐱᓇᓱᑦᑎ, ᐃᓗᕐᓯᓯᐊᕐᓂᒥ ᐱᔭᐅᑎᑦᓯᒪᓯᐊᕐᑎ.

ᐃᓇᖏᕐᑕᐅᓯᒪᔪᖅ ᓄᕐᖃᑐᕕᓂᐅᔪᖃᕐᑎᓗᒍ: ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᔨ ᐃᓄᐃᑦ ᐊᓐᓂᓇᕐᑐᕐᑯᑎᖏᓐᓂᒃ ᐃᓗᕐᕿᓯᖏᓐᓂᓗ, ᐅᖃᓚᐅᑎᒥᒃ ᑭᐅᔨ.

ᐃᓯᒪᒥᑦᓯᒥᑦ ᐃᓗᓐᓇᑎᒃ ᑕᒪᒃᑯᐊᓕᒫᑦ ᐊᓯᖏᓪᓗ ᓯᓚᑖᓂ ᐱᑦᔪᑎᓖᑦ, ᐱᔭᕇᕐᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑎᓕᐊᓇᔭᐅᖃᑦᑕᓯᒪᓕᐊᐃᓪᓗ ᐊᑦᔨᒌᖏᑐᐃᑦ ᒪᓕᒉᑦ ᐱᐅᓯᑦᓴᓕᐊᓇᔭᐅᓯᒪᓕᐊᐃᓪᓗ ᐅᓪᓗᒥᒍᑦ ᓄᑕᐅᓪᓕᑐᕐᑕᐅᓯᒪᓕᕐᑐᑦ ᑭᓯᐊᓂ ᐱᔭᕇᕐᑕᐅᓯᒪᖁᑕᖕᖏᑐᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᓯᓚ ᓯᕗᓪᓕᐸᐅᑦᔨᓚᖕᒉᓐᓈᓯᒥᑦ ᐊᕐᖂᒍᓚᖓᔪᒥ.

2011-2012-ᒥ, ᐊᑭᓕᑐᑦᓴᖁᓗᐊᕐᑐᒍᑦ ᐱᓇᓱᓚᖓᒥᐊᒥᒃ ᓄᑕᐅᓪᓕᑐᕐᓗᒥᑦ ᓇᐅᑦᓯᑐᕈᑏᑦ ᒪᓕᒐᖕᒥᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᓕᒫᓄᑦ ᐃᓕᖕᒐᕙᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᓱᓇᒥᑦᑐᓂᒃ ᓄᑕᐅᓪᓕᑐᓚᖕᒐᓗᒥᑦ

ᐱᓇᓱᑦᑎᓴᕐᓯᐅᕈᑎᒍᑦ ᓄᐃᑕᓕᐅᒥᒍᒪᑦᓯᑕ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᖃᓪᓗᓈᓪᓗ ᓄᓇᖓᓐᓂ, ᐊᒻᒪᓗ ᑕᒪᑐᒨᓇ ᐱᓇᓱᖃᑎᖃᑦᓯᐊᓗᑕ ᑐᓴᐅᒪᑎᑦᓯᓂᕐᒥ ᐱᓇᓱᑦᑎᒥᒃ, ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐊᕕᑦᑐᓯᒪᓂᖓᓂ ᐱᕙᓪᓕᐊᓂᕐᒧᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᓕᕆᕕᒻᒥ ᐱᓇᓱᑦᑎᓕᕆᕕᐅᓪᓗ ᐱᓇᓱᑦᑎᖏᓐᓂᒃ ᑕᒣᓐᓂ ᐋᓐᓂᐊᕚᓐᓂ.

ᑐᓴᑎᓯᐅᑎᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᐱᓇᓲᑏᑦ

ᑐᓴᑎᓯᐅᑎᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᐱᓇᓲᑏᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐱᕙᓪᓕᓯᒪᔪᖅ ᐅᑭᐅᒍᓚᐅᕐᑐᖅ; ᑐᓴᐅᒪᑎᑦᓯᓂᕐᒧᑦ ᐱᓇᓲᑏᑦ ᓄᐃᑕᓪᓕᑐᐃᓂᖕᒥᑦ ᐃᓯᒪᑐᐊᕆᔭᐅᕙᓗᖃᑕᓯᒪᔪᖅ ᐱᓇᓱᓐᓂᑎᓐᓂ ᓄᓇᕕᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᐅᑉ ᐊᕕᑦᑐᓯᒪᓂᖓᓂ. ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᒍᑦᐳᓂᖅ ᐱᓇᓱᖃᑎᖃᖃᑦᑕᑐᖅ ᑐᕐᖃᑕᕐᕕᑯᓐᓂᒃ, CSPQ-ᑯᓂᒃ , ᑲᑎᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᕙᒪᒃᑯᓂᓪᓗ ᑕᒪᑐᒪ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖓᓄᑦ. ᑕᒪᓐᓇ ᐱᒻᒪᕆᐊᓗᒃ ᐱᓇᓱᑕᐅᔪᖅ ᐊᒥᓱᕕᑦᓯᓂ ᑲᑎᒪᐅᑕᐅᖃᑦᑕᓯᒪᔪᖅ ᐊᕐᕿᒍᕐᓂᒃ ᖄᖏᕐᑐᓂ, ᓄᓇᕕᒃ ᐱᔭᕇᑦᓴᖁᑕᕐᑐᖅ ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑎᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᓇᓲᑎᓂᒃ ᓄᑕᐅᓪᓕᑐᕐᑕᐅᑎᓪᓗᒥᑦ ᑲᑎᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᕙᒪᒃᑯᑦ - ᑖᒥᓂᒃᑯᖏᓐᓄᑦ ᒫᑦᓯ 31, 2011-ᒥ. ᑕᒪᓐᓇ ᐊᒥᓱᐊᓗᓐᓂ ᐱᐅᔪᓂᒃ ᓯᕐᕗᓯᒪᓂᖃᓚᖓᔪᖅ ᐅᓪᓗᑕᒫᕐᓯᐅᑎᓂᒃ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᓂ, ᐱᕕᑦᓴᖃᕐᑎᓯᓚᖓᓕᖁᒥ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᒥ ᐱᓇᓱᑦᑎᓂᒃ ᐊᑦᑕᓅᑦᑐᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᓕᐊᕐᓯᒪᔭᐃᑦ ᐊᓪᓚᕐᑯᑎᖏᓐᓂᒃ ᐊᑐᕐᓗᑎᒃ ᐅᓪᓗᒥᒍᑦ ᐊᖑᒻᒪᑎᓯᒪᓕᕐᑐᓂᒃ ᐱᓪᓗᑯᒥᐊᓕᓐᓂᒃ ᐱᓇᓲᑎᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᐅᓯᐅᒥᑎᑦᓯᓚᖓᓕᑦᓯᓂ ᓯᑲᓐᓂᓴᒃᑯᑦ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒥ ᐱᓇᓱᑦᑏᑦ ᑐᑭᑖᓇᒥᐊᓕᖏᓐᓂᒃ ᐱᔭᓇᐊᑭᑦᑑᑎᓪᓗᒍ ᓇᓕᑐᐃᓐᓇᓯᐊᖏᓐᓂᒃ ᓄᓇᓕᒻᒥ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒦᑑᑉ ᐊᓂᕐᖁᖓᓐᓂ.

ᑲᒪᖃᑕᐅᑎᓪᓗᒥᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᓂᒃ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᕆᓂᕐᒥ ᐊᓪᓚᕕᒃ, ᑖᒃᑯᐊᓗ ᑭᒻᒪᑐᕐᑎᖃᕐᓯᑎᒃ ᑕᒣᓐᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒪᓃᓐᓂᒃ ᐱᓯᒪᔩᓐᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᕕᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᕕᒻᒥ ᑲᑎᒪᔨᓂᒃ, ᐊᖏᔪᐊᓗᒻᒥᒃ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᔪᖅ ᑐᑭᑖᓇᐊᓕᓐᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᑐᓴᑦᑕᐅᖃᑦᑕᓇᐊᓕᓐᓂᒃ ᐃᓚᐅᑎᓪᓗᒥᑦ ᐊᑐᕐᑕᐅᒥᐊᖃᕐᓂᖓ ᑲᑎᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᕙᒪᒃᑯᑦ ᑖᒥᓂᒃᑯᓗ ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑎᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᓇᓲᑏᑦ ᐊᓯᖏᓪᓗ ᐱᒻᒪᕇᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᓄᓇᓕᓐᓂᓗ ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑏᑦ ᐱᓇᓲᑎᖏᑦᑕ ᐱᕙᓪᓕᐊᔪᐅᓂᖏᑦ.

ᓄᓇᕕᒃ ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑎᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᐱᓇᓲᑏᑦ ᒪᓕᑕᐅᓚᓇᓚᖓᑎᓪᓗᒍ ᐸᕐᓂᑕᐅᓯᒪᔪᖅ ᐋᕐᕿᒥᐊᕐᑕᐅᓕᕐᑐᖅ ᓄᐃᑕᑎᑦᓯᓯᐊᕐᓂᐊᒪᑦ ᐊᓯᑦᐳᕙᓪᓕᐊᓕᕐᑐᓂ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᓄᓇᓕᓐᓂᓗ ᐱᐅᓯᐅᓕᕐᑐᒥᒃ. ᓄᑕᐅᓪᓕᑐᕐᓯᒪᔪᖅ ᐸᕐᓂᓯᒪᐅᑎᒃ ᖃᐅᔨᒪᔭᐅᓂᖃᓚᖓᓕᕐᑐᖅ "Nunavik eHealth Plan" (ᓄᓇᕕᒻᒥ ᖃᕆᑕᐅᔭᑎᒍᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐸᕐᓂᓯᒪᐅᑎᒃ). ᑖᓐᓇ ᓄᑖᖅ ᐸᕐᓂᓯᒪᐅᑎᒃ ᐃᓚᖃᓚᖓᔪᖅ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᒥᐊᓕᓐᓂᒃ ᐃᓕᖓᔪᓂᒃ ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑎᒧᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᕙᓪᓕᐊᔭᐅᔪᓂ ᐊᒻᒪᓗ ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑎᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᓇᓲᑎᓂᒃ ᐊᑦᑕᓅᑦᑐᓂᒃ ᐊᕙᓗᓕᕐᑕᐅᓯᒪᔪᓂᒃ. ᐊᑦᑕᓅᓪᓕᑎᕐᑕᐅᓯᒪᓂᖓ ᐃᓄᒎᑦᑎᑐᑦ ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑎᖏᑦ ᓯᓕ ᑲᔪᓯᔪᒥᓪᓗ ᓯᕗᓪᓕᐅᔭᖏᓐᓇᓕᒫᑦᓯᐊᓚᖓᔪᑦ ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᒍᑦᐳᕕᒻᒧᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᕕᓕᒫᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᑐᑦᓯᒪᐅᑎᔪᓄᑦ. ᐃᓗᓐᓇᒍᑦ ᑐᖁᒐᖅᑐᒍᑦ ᐊᖏᓂᕐᐹᑎᒍᑦ ᐃᓄᓐᓄᑦ ᓇᒻᒥᓂᕆᔭᐅᓚᖓᑎᓪᓗᒥᑦ ᐃᖏᕐᖁᑎᑕᐅᔪᑦ ᑮᓇᐅᔭᓪᓗ ᐊᒃᑐᑕᐅᖃᑦᑕᑐᑦ ᑕᒪᓐᓇ ᐱᐅᓯᐅᒥᕐᑯᓗᒍ ᐱᑦᓯᐊᓯᒪᓗᓂᓗ, ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᓗᓂ ᐊᐅᓚᑕᐅᓗᓂᓗ, ᐃᑯᓪᓕᐅᒥᕐᑯᓗᒥᑦ ᐃᓗᓯᖏᑦ ᐃᓄᐃᑦ, ᓯᕐᕐᑯᐃᓯᓯᒪᓗᑎᓪᓗ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᓕᒫᑦ ᐱᒍᑦᐳᓃᓪᓗ ᐃᓗᕐᕈᓯᖏᑎᒍᑦ ᓈᒻᒪᓇᕐᓯᒪᕐᑯᑦᓯᒥᑦ, ᐊᑕᐅᑦᓯᑰᕐᑎᑕᐅᑦᓯᐊᓗᑎᒃ ᐊᑕᐅᓯᐅᓕᖓᑦᓯᐊᓗᑎᒃ.

ᐱᓇᓱᖅᑲᑎᖅᑲᖅᓯᑎᒃ RUIS McGill CvSSS (Centre virtuel des services de santé et services sociaux)-ᑯᓐᓂᒃ, ᐅᖕᓖᕙ ᑐᓚᑦᑕᕕᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᒃ ᐃᓅᓕᑦᓯᕕᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᓪᓗ ᐊᖏᖅᑲᑎᖅᑲᖅᓯᒪᓕᖅᑑᒃ ᐱᑖᓚᖓᑎᓪᓗᒥᑦ ᖁᓕᓪᓗ ᓯᑕᒪᓪᓗᓂ ᖃᓇᑕᐅᔭᑎᒍᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅᒍᑦ ᐱᐅᒃᑯᑎᑦᓴᓂᒃ. ᑖᒃᑯᐊ ᓅᑖᑦ ᐱᓇᓲᑎᑦᓴᑦ ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᓚᖓᔪᑦ 2011 ᐊᐅᔭᖓᓐᓂ. ᑕᒪᓐᓇ ᓱᖅᑯᐃᓯᓚᖓᔪᖅ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᖅᓂᓕᕆᓂᖅᒥ ᐱᓇᓱᑦᑎᓂᒃ ᐊᑐᐃᓐᓇᖅᑲᖅᑎᓯᓚᖓᓗᑎᒃ ᐃᑲᐅᖅᓂᓂ ᐊᕙᑎᓪᓗ ᓯᑕᒪᓪᓗᓂ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅᒥ ᐱᓇᓱᕝᕕᓂ ᐊᒪᓗ ᖃᐅᔨᒪᔭᓪᓕᕆᓂ ᐱᒍᑦᔨᓂᖅᓂᒃ ᖃᓪᓗᓈᑦ ᓄᓇᖓᓐᓂ. ᐊᑕᐅᓯᖅ ᖃᓇᑕᐅᔭᑎᒍᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅᒥ ᐱᐅᒃᑯᑎᒃ ᐊᑐᐅᓇᐅᑎᑕᐅᓚᖓᔪᖅ ᐊᑐᓂᑦ ᐋᓐᓂᐊᕕᓐᓂ.

ᐋᓐᓂᐊᕕᓕᐊᖅᓯᒪᔪᓂᒃ ᑲᒪᕕᒃ ᑯᐯᑯᐊ ᒪᓐᑐᔨᐊᓪᒦᑦᑐᖅ ᐱᒋᐊᖅᑎᓯᓯᒪᓕᖅᑐᖅ ᓅᑐᓂᖅᐹᒥᒃ "MNQgo" ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᕆᓂᖅᒥ ᐱᓇᓲᑎᒥᒃ. ᑖᓐᓇ ᐋᓐᓂᐊᕕᓕᐊᖅᓯᒪᔪᐃᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᕆᓂᖅᒥ ᐱᓇᓲᑎᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᓕᐊᖅᓯᒪᔪᓂᒃ ᑲᒪᕕᒻᒥ ᐱᓇᓱᑦᑎᓂᒃ ᐊᑕᔪᒥᒃ ᐱᒍᑦᔨᓂᖅᑲᑦᓯᐊᓚᖓᓕᖅᑐᖅ ᐃᑲᔪᖅᑕᒥᓄᑦ ᑲᒪᖅᑲᑦᑕᓚᖓᓗᑎᓪᓗ ᑲᒪᒋᔭᐅᒥᐊᓪᓚᕆᐊᓕᓐᓂᒃ. ᑖᓐᓇ ᐱᓇᓲᑎᒃ ᓄᐃᑦᓯᒍᓐᓇᒥᔪᖅ ᓯᓕᑦᓯᐊᑐᓂᒃ ᖃᐅᔨᓴᐅᑏᑦ ᐊᓪᓚᖅᑯᑎᖕᒥᓐᓂᒃ.

ᑐᖖᖓᓯᓪᓗᑎᑦ ᖃᐅᒪᓯᐊᕆᓐᓇᐳᑎᑦ ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅᒥ ᐃᓅᓕᕆᓂᖅᒥᓗ ᐱᒍᑦᔨᕕᐅᑉ ᖃᓇᑕᐅᔭᑎᒍᑦ ᑐᕌᕈᑎᖓᓂᒃ ᑕᒪᑕᒪ ᑐᓴᖅᑎᓯᐅᑎᓂᒃ ᑕᑯᒪᒍᕕᑦ ᐆᒍᖓ ᑐᕌᖅᓗᑎᑦ www.rrsss17.gouv.qc.ca

ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐱᒍᑦᔨᕕᖓ ᐱᓇᓱᑦᑐᓕᕆᕕᒥ ᐱᕋᓐᓕᐊᔪᑦ

ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᔨᐅᑉ ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑎᖓ

ᑕᕋᓂ ᐊᕐᕿᒧᕐᒥ ᓱᓇᒥᑦᑐᒥᒃ ᓯᕗᓪᓕᕚᒍᑎᓪᓗᒍ ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ ᓄᐃᑕᒥᐅᓚᐅᕐᑐᖅ ᐊᕐᕿᒍᓕᒫᒥ. ᓱᒃᑮᔫᒐᓗᐊᕐᓱᓂ ᑲᔪᓯᑦᓱᐊᓱᓂ, ᐊᐅᓚᑦᓯᕆᐊᕈᑎᒥᖅᑲᑦᑕᓚᐅᕐᑕᕗᑦ ᐊᑦᔨᒦᖏᑐᓂᒃ ᐊᓪᓚᕐᑯᑎᓂ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᓂᕐᒧᑦ ᐃᓕᖓᔪᑦ, ᓴᐳᒻᒥᓂᖅ ᑕᒫᓂ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒪᓈᓐᓂ ᐃᓄᕐᑲᖕᖏᑐᓂᒃ ᐃᓐᓄᐃᖅᑲᑦᑕᓂᒃᑯᑦ ᐅᕕᒐᕐᑐᐃᑦ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᓂᖓᑕ ᐊᕕᑦᑐᓯᒪᓂᕐᓂ (ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐊᒻᒪᓗ ᓯᓚᑖᓂᑦ ᐱᓯᒪᔪᓂᒃ ᐱᓇᓱᑦᑐᓴᕐᓂᒃ) ᑕᑯᓂᐊᖅᑲᑦᑕᓯᑕᓗ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᓐᓂᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐅᓂᖋᕐᑎᓯᒐᓱᐊᕐᓯᑕ ᐱᓇᓱᒐᑦᓴᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ.

ᐅᕙᖓ ᓇᒻᒥᓂᖅ ᓇᑯᕐᒦᒧᒪᕗᖓ Louise Samoisette-ᒥᒃ Chesley Mesher-ᒥᓪᓗ, ᐱᓇᓱᑦᑎᓕᕆᕕᒻᒥ ᐱᓇᓱᑦᑑᓂᒃ, ᐊᒻᒪᓗᒥᐊᓪᓚᒃ ᑕᓂᐊᓪ ᒥᓲᒥᒃ, ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐊᑕᐅᑦᓯᑰᕐᑎᓯᔨᒥᒃ ᑕᕐᕿᒥ ᖃᓪᓗᓈᑦ ᓄᓇᖓᓐᓂᓗ ᐱᓇᓱᑦᑎᑖᕐᓂᒥᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᓂᕐᒥᓗ, ᐱᓇᓱᑦᓯᑎᓯᐊᓘᓂᖏᓐᓂᒃ ᑐᓂᒪᓂᖏᓐᓂᓪᓗ; ᑳᒃᑯᐊ ᐊᔪᐃᓐᓇᖅᑲᑦᑕᐅᖕᖏᒥᐸᑕ, ᐱᓇᓱᐊᕿᓯᐊᕐᑕᕗᑦ ᓯᕋᓪᓕᕐᑯᑕᐅᒪᔭᓚᐅᖕᖏᑐᖅ.

ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᓕᕐᒥᔪᑦ ᐊᕐᕿᔫᑉ ᑐᖓᓕᐊᓂ ᐱᓇᓱᒥᐊᒥᒃ ᑲᔪᓯᓚᖓᑦᓯᑕᓗ ᐊᓪᓚᕐᑯᑎᑦᑎᓂᒃ ᐱᓇᓱᑦᑕᑎᓐᓂᒃ, ᐸᕐᓀᓗᑕ ᓄᑖᓂ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᒍᑎᑦᓴᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ, ᐱᓇᓱᖅᑲᑎᖃᕐᓗᑕ ᑐᕐᕐᑲᑕᕐᕕᑯᓐᓂᒃ, ᐱᐅᓲᕋᓪᓕᐊᓚᓯᐊᕐᓗᑕ ᐱᓇᓱᓐᓂᒧᑦ ᒪᓕᒐᕐᓂᒃ ᐃᓗᓐᓇᖏᓐᓄᑦ ᐱᓇᓱᑦᑐᓄᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐊᕕᑦᑐᓯᒪᓂᕐᒥ.

ᔮᓐ ᐱᐊᕐ ᓴᐸᓄ

Jean-Pierre Charbonneau

ᓄᐃᑦᓯᓚᐅᕐᑐᕕᓂᐅᑦᓯᑕ ᐱᒍᑦᔨᕕᒻᒥ ᓄᑖᒥᒃ ᓅᕕᒻᐱᕆ 2009-ᒥ, ᑐᑭᓯᒪᔪᒍᑦ ᐃᓗᐃᑦᑐᒥᒃ ᕋᕙᓪᓗᓂᕕᓂᑦᑎᓂᒃ ᓯᕗᓪᓕᐹᒥ ᑮᓇᐅᔭᕐᑐᓇᐅᑉ ᐊᕐᕌᒍᖕᒐᓂᒃ, ᐁᕆᓕ 1, 2010-ᒥᑦ ᒫᑦᓯ 31, 2011-ᒧᑦ.

ᓇᓗᓃᕐᓯᒍᒪᔪᒍᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᑎᓄᑦ ᐃᓚᒥᐊᕿᑕᐅᓚᐅᕐᑐᓂᒃ ᔫᓂ 2010-ᒥ, Chesley Mesher ᐃᓇᖕᒌᓚᐅᕐᑐᕐᒃ Mbsowo Andrews-ᒥᒃ ᐱᓇᓱᑦᑎᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᓇᓱᓚᐅᕐᑐᒥᒃ. ᑖᓐᓇ ᓯᕗᓪᓕᐹᐅᑎᓪᓗᒍ ᐱᔭᑦᓴᕐᑲᓚᖕᒪᔪᕐᒃ ᐊᐅᓚᑦᓯᓚᖕᒪᓗᓂ ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑦᓯᓂᓕᒫᓂᒃ ᑮᓇᐅᔭᕐᑲᕐᑎᑕᐅᔪᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒃ ᑳᓇᑕᒃᑯᓄᑦ.

ᓯᕗᓪᓕᐸᐅᕐᑲᑕᐅᑦᓯᑎᒃ ᐱᒻᒪᕇᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓚᐅᕐᑐᑦ 2010-2011-ᒥ

ᐃ) ᐆᑦᑐᕋᐅᑎᒃ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓚᐅᕐᑐᕐᒃ ᐅᕕᒐᕐᑐᐃᑦ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᓂᖕᒐᓂ

ᑖᓐᓇ ᐅᑦᑐᕋᐅᑎᐅᓚᐅᕐᑐᕐᒃ ᐱᔭᕆᐊᒎᑲᓪᓚᐅᓚᐅᕐᑐᕐᒃ ᓯᕗᓪᓕᐹᒥ ᐊᕐᕌᒍᕐᒥ. ᒪᕐᕉᒃ ᐊᕕᑦᑐᓯᒪᓂᕐᑕᒥᒃ, ᐊᑖᓂ ᓇᓗᓃᕐᑕᐅᓯᒪᔫᒃ, ᐱᒐᓯᐊᒻᒪᕆᓐᓇᒎᓚᐅᕐᒪᓃᒃ ᐱᒍᑦᔨᕕᑦᑎᓄᑦ:

1-ᐱᓇᓱᑦᑎᑖᕐᓂᒃ ᐅᕕᒐᕐᑐᐃᑦ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᓂᖕᒐᑕ ᐊᕕᑦᑐᓯᒪᓂᖕᒐᓂ

ᐱᔭᑦᓴᕐᑲᓚᐅᕐᑐᒍᑦ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᓂᕐᒥᒃ ᓴᐳᒻᒥᓂᕐᒥᓗ ᐱᓇᓱᑦᑎᑖᑦᑎᓂᒃ ᐱᓇᓱᑦᑐᓕᕆᕕᒻᒥ ᐱᓇᓱᑦᑐᓴᕐᓂᒃ, ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐱᓇᓱᑦᑎᓴᕐᓂᒃ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᓇᓱᑦᑎᓴᕐᓂᒃ ᒪᕐᕈᐃᓂᒃ ᐅᕕᒐᕐᑐᐃᑦ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᓂᖕᒐᓂ ᐱᓇᓱᕐᑲᑕᐅᒐᔭᕐᑐᓂ ᓄᓇᕕᒻᒥ.

ᑌᒣᒻᒪᑦ, ᐊᒥᒎᖖᒋᑐᐃᑦ ᑕᕐᕐᑮᑦ ᓈᑎᓪᓗᒥᑦ ᐱᓇᓱᑦᓯᑕ, ᐊᐅᓚᐅᓂᖕᒐᑕ ᐱᑦᓯᐊᓂᖕᒐ ᓄᐃᑦᓯᐊᓚᐅᕐᑐᕐᒃ. 95-ᐳᓴᖕᒋᑦ ᐃᓐᓄᓯᒪᖖᒋᑐᐃᑦ ᐱᓇᓱᒪᑦᓴᑦ ᐃᓄᕐᑲᓚᐅᖖᒋᑐᑦ ᐊᕐᕌᒍ ᐱᒥᐊᕐᑎᓗᒍ ᑕᒐᑕᒐ ᐃᓐᓄᓯᒪᓕᕐᑐᑦ. ᐊᖕᒋᕐᑲᑎᒌᕐᑲᑎᕐᑲᕐᑲᑦᑕᓚᐅᕐᑐᒍᑦ ᐅᕕᒐᕐᑐᐃᑦ ᐱᓇᓱᐃᕕᖕᒋᓐᓂ ᕐᑲᓪᓗᓈᑦ ᓄᓇᖕᒐᓐᓂ (ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᐊᑭᓕᑦᓴᑖᕐᓂᑯᑦ ᓄᕐᕐᑲᖕᒐᕋᓐᓇᓯᑎᓪᓗ ᐊᑭᓕᕐᑕᐅᒐᑎᒃ) ᐱᔪᓐᓇᓯᐊᕐᑐᓂᒃ ᐱᔪᑦᓴᐅᔫᕐᑯᔨᒧᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᕐᑯᔨᑦᓯᑕ ᑮᓇᐅᔭᕐᑐᕋᔭᕐᑐᓂᒃ ᓄᓇᓕᑦᑎᓂ. ᕐᑯᓕᓪᓗ ᐊᑕᐅᓯᕐᓗ ᐅᖕᒐᑖᓄᑦ ᐅᕕᒐᕐᑐᐃᑦ ᐃᓪᓗᕐᑯᑎᖕᒋᑦ ᐃᓚᐅᓰᑦ ᓴᐳᒻᒥᓂᒃᑯᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᓴᕐᓯᐅᓂᑦᑎᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᑕᒪᓐᓇ ᓯᕐᕐᑯᐃᓯᓰᕐᒃ ᐃᓐᓄᐃᒍᓐᓇᓯᓂᑦᑎᓂᒃ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᓇᓱᑦᑐᓴᕐᓂᒃ ᕐᑲᐅᔨᒪᔪᓪᓚᕆᓐᓂᓗ.

ᐊᓯᖕᒋᑦ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᔩᒍᒻᒥᔪᑦ (ᐱᔭᐅᑎᑦᓯᒐᓯᐊᕐᓂᑯᑦ ᐊᑐᐊᒐᕐᓂ ᑐᓴᕋᑦᓴᓂᒃ, ᐱᓇᓱᐊᑭᓯᑕᒫᑦ ᑐᓴᕐᑎᓯᐅᑎᓂᒃ ᑐᓴᕋᑦᓴᓂᒃ *Association des centres jeunesse,* ᕐᑲᕆᑕᐅᔭᑎᒍᑦ ᒪᓐᑐᔨᐊᓪ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑎᒥᐅᔪᓂᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᕐᔪᐊᓂᓪᓗ ᑯᐯᒻᒥ ᐊᓐᑎᐊᔨᐆᒥ ᐊᒻᒪᓗ New Brunswick; ᐳᓚᕋᕐᓂᕐᒃ ᐱᓇᓱᒐᑦᓴᓂᒃ ᑲᑎᑦᑕᕕᓐᓂᒃ, ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᕐᔪᐊᓂ ᕐᑲᐅᔨᒪᔪᓪᓚᕆᓐᓂᓗ ᑎᒥᐅᔪᓂ) ᓯᕐᕐᑯᐃᓯᑎᑦᓯᓰᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᑖᓂᕐᒥᒃ ᓯᑲᓐᓂᓴᒃᑯᑦ, ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᔩᒍᒻᒪᑕ ᓇᒻᒥᓂᕐᓗ ᑕᑯᑦᓯᒥᑦ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᑦᓯᑎᒃ ᐃᓄᒎᑦᑎᑐᓂᒃ ᑕᑯᔩᒍᒻᒪᑕ ᐊᑐᐃᓐᓇᓂᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᓄᓇᖕᒐᓐᓂ ᐱᓇᓱᒍᒪᔪᓂᒃ.

ᓄᓇᓕᓐᓂᓕ, ᑕᑯᓂᐊᓚᐅᕐᑐᒍᑦ ᕐᑯᓕᓪᓗ ᒪᕐᕈᓗᓂ ᐊᑦᔨᒌᖕᒋᑐᓂᒃ ᓄᓇᓕᓐᓂᒃ ᑐᕓᓐᓇᕕᒥᑦᓯᒥᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᐱᓇᓱᒍᓐᓇᑐᑦ ᑕᑯᓂᐊᕐᓯᒥᑦ. ᑕᒪᒃᑯᐊ ᐱᓇᓱᕐᑲᑦᑕᓚᐅᕐᑕᕗᑦ ᐱᕙᓪᓕᕐᑯᑎᑦᓯᐊᒍᓚᐅᕐᑐᑦ.

ᐱᓇᓱᑦᑎᑖᕐᓂᒧᑦ ᖃᐅᔨᒪᐅᑏᑦ

ᐱᓇᓱᒐᖅ ᓱᓇᐅᓂᖕᒐ	ᑕᓯᐅᔭᕐᔪᐊᒥ	ᐅᖕᒑᐸᒥ
ᐃᑲᔫᑎᑖᓯᓂ ᐃᑲᔪᕐᑎ ᓄᓇᓕᓐᓂᒍ ᐃᓅᓯᓕᕆᔩ	3	8
ᑲᒪᔩ	0	3
ᐱᓇᓱᑦᑐᓕᕆᔩ	7	15
ᐃᕕᕐᑎᓯᕕᒻᒥ ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᔩ		1

2-ᐱᒥᐅᕐᓴᓂᕐᒥᒃ ᐱᒥᐊᕐᑎᓯᐅᑏᑦ

ᓯᕗᓪᓕᐹᒥ ᐱᒥᐊᕐᑎᓯᐅᑎᐅᒥᐊᖃᓚᐅᕐᑐᖅ ᐋᕐᕿᓯᒪᐅᓯᑦᓴᖕᒪᓂᒃ ᓯᖏᐅᓴᒍᑎᐅᒪᔭᕐᑐᖅ ᐱᓇᓱᑦᑎᐅᒪᔭᕐᑐᓂᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᓄᓇᖕᒐᓐᓄᑦ ᐊᐅᓪᓛᓗᑎᒃ. ᓯᕗᓪᓕᐹᒥ ᐅᓪᓗᒥ ᐱᒥᐊᕐᓯᑎᒃ ᐅᓪᓗᓂ ᐱᖕᒐᓯᓂᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᓂᐅᒻᒪᑦ, ᓱᓇᒥᑦᑐᒥᒃ ᑕᑯᓐᓇᑎᑕᐅᑦᓯᑎᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᐃᓗᕐᕈᓯᖕᒐᓐᓂᒃ ᐃᓄᒻᒧᑦ. ᐊᓯᒥᒃ ᒪᕐᕉ ᐅᓪᓘᒃ ᐅᓂᒃᑳᓯᐅᕐᑎᓯᒥᒃ ᐱᒍᑦᕈᓂᐅᑉ ᐃᓂᓪᓚᑎᑕᐅᓯᒪᓂᖕᒐᓂᒃ ᐊᑐᓕᕐᑎᑕᐅᓂᖕᒐᓂᒍ ᐅᕕᒐᕐᑐᐃᑦ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᓂᖕᒐᑕ ᐱᕐᑯᔭᖕᒐᓂᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᓄᓇᖕᒐᓂ, ᖃᓄᐃᓕᖕᒐᓕᕐᓂᖏᑦ ᐃᓗᕐᕈᓯᖅᖃᑎᕇᖏᑐᑦ ᐅᐊᕈᑎᕇᓐᓂᖏᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᕈᕐᑎᓇᓂᕐᒍ ᐃᓄᐃᑦ ᓄᓇᖕᒐᓐᓂ. ᐊᒥᔫᖕᖏᑐᐃᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᑖᕐᖃᒦᑦ ᐅᕕᒐᕐᑐᐃᑦ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᓂᖕᒐᓂ ᐱᒥᐊᕐᓯᒪᓕᕐᑐᑦ ᐱᓇᓱᒐᕐᒥᒃ, ᑕᒪᓐᓇᒍ ᐊᑯᓂᐅᖕᖏᑐᖅ ᒪᓂᓚᖕᒐᑦᓯᒍ ᐋᕐᕿᒥᐊᕐᓗᒍᓗ ᐊᓯᖏᓐᓄᑦ ᐊᕕᑦᑐᓯᒪᓂᕐᒧᑦ ᐊᑐᕐᑕᐅᓯᑎᓪᓗᒍ ᐊᓯᖏᓐᓄᓗ ᐱᓇᓱᒐᑦᓴᓄᑦ.

ᑐᖕᒐᓕᖕᒐ ᐱᒥᐊᕐᑎᓯᐅᑎᐅᒥᐊᖃᓚᐅᕐᑐᖅ, ᑐᕐᖂᒐᕐᑲᕐᑎᓗᒍ ᓴᐳᒻᒥᓚᖕᒐᓂᕐᒥᒃ ᐃᓄᓐᓂᒃ ᐅᕕᒐᕐᑐᐃᑦ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᓂᖕᒐᓂ ᐱᓇᓱᑦᑎᓂᒃ, ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒦᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᕈᓂᒃᑯᑦ ᒪᕆ ᕕᒃᑐᐊᕆᐊᓐ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᒻᒪᕆ ᑲᑐᑦᕈᕐᑲᑎᕇᑦᓯᑎᒃ ᐋᕐᕿᓯᐃᓕᕐᓂᕆᕘᒃ ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑦᓯᓂᕐᒥᒃ ᐃᓯᒪᓐᓂᐊᓂᕐᒥᒃ ᐃᓅᕐᑲᑎᕇᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖕᒐᓂᒃ ᑮᓇᐅᔭᕐᑎᒍᑦ ᐃᑲᔪᕐᑕᐅᓯᑎᒃ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᒍ ᐱᒍᑦᓯᒪᐅᑎᔪᓂ, ᑲᐸᒪᒍᕐᑲᒃᑯᑦ ᑎᒥᐅᕐᑯᑎᖕᒐᓄᑦ. ᐱᒥᐅᕐᓴᓂᖅ ᐃᓕᑕᕆᔭᐅᓯᒪᔪᖅ ᑲᐸᒪᒃᑯᓄᑦ *ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport* ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᑦᓯᓂᒍ ᓄᓇᕕᐅᑉ ᓄᓇᓕᖏᓐᓂ. ᐱᓇᓱᑦᑏᑦ ᖃᐅᔨᓴᕐᑕᐅᖃᓚᐅᔪᔪᑦ ᓇᓗᓀᕐᓯᕐᑯᔭᐅᑦᓯᑎᒃ ᓯᓀᑦ ᐱᒥᐅᓴᑎᑦᓯᓂᕐᒥᒃ ᑭᖕᖑᒨᒪᓇᕐᓂᐸᐅᒻᒪᖕᒑᑕ. ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑦᓯᓂᐅᑉ ᐃᓗᓚᖕᒐ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᓚᖕᒐᔪᖅ ᐱᓇᓱᕝᕕᖕᒐᓂ ᑐᑭᓯᒪᓚᐅᒥᒥᐊᒥᒃ ᓯᓚᓪᓚᓇᑦᑐᓂᒃ ᐃᓚᕇᓪᓗ ᖃᓄᖅ ᐱᐅᓯᖃᓲᒍᒻᒪᖕᒑᑕ ᐱᓇᓱᕝᕕᒥᓂ. ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑦᓯᓂᖅ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᒻᒥᔪᖅ ᐅᕐᑲᕐᑲᑎᕇᑦᑎᓯᒐᒥ ᐊᔫᑎᓯᒪᔭᒥᓂᒃ, ᑕᒪᓐᓇᒍ ᐱᓇᓱᕝᕕᖏᓐᓂ ᐅᕐᑯᒣᒥᔭᖏᓐᓂᒃ ᐅᕐᑭᓪᓕᑎᓇᓂᐅᑦᓯᓅᕐᒪᑦ.

ᑕᕝᐸᓂ ᐊᕐᖂᒍᓚᐅᕐᑐᒥ, ᐊᐸᑎᓪᓗ ᑕᓪᓕᒪᓪᓗ ᐃᓄᐃᑦ ᐱᓇᓱᑦᑏᑦ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᖁᓕᓪᓗ ᓯᑕᒪᓪᓗᓂ ᐱᓯᒪᔪᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᓇᐊᕐᑲᑦᑕᓚᐅᕐᑐᑦ ᖁᓕᓪᓗ ᑕᓪᓕᒪᓪᓗ ᐅᖕᒐᑖᓄᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ.

ᐱ) ᐊᓯᖏᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᕕᓃᑦ

ᐊᕐᖂᒍᓚᐅᕐᑐᒥ **Chesley Mesher, Louise Samoisette**-ᓗ (ᐱᓇᓱᑦᑎᓕᕆᕕᒻᒥ ᐱᓇᓱᑦᑑᒃ) ᑕᑯᓂᐊᓚᐅᕐᒥᔫᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᓕᒦᓂᒃ. ᑐᓴᕐᑎᓯᒥᐊᕐᑐᓯᑎᒃ ᐳᕐᑐᓂᕐᐹᓂ ᐃᓕᓐᓂᐊᑐᓂᒃ ᐱᓇᓱᒐᑦᓴᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ. ᑐᓴᕐᑎᓯᓕᕐᕿᒥᒃ, ᓇᓗᓀᕐᓯᕐᑲᑦᑕᓚᐅᕐᑑᒃ ᐱᓇᓱᒐᑦᓴᓂᒃ, ᐱᓇᓱᓐᓂᒧᑦ ᒪᓕᒐᕐᓂᒃ ᓱᓇᓂᓪᓗ ᐃᓕᓐᓂᐊᓯᒪᒥᐊᖃᕐᒪᖕᒑᕐᒥᒃ ᐱᓇᓱᒐᕐᒧᑦ ᐃᓕᒍᒪᒍᑎᒃ. ᓯᕗᓂᕐᒥᒃ ᐸᕐᓀᓯᒪᒥᕗᒍᑦ ᑲᔪᓯᑎᑦᓯᒍᒫᕐᓂᐊᓯᑕ ᐊᔫᑎᓚᐅᕐᑕᑎᓐᓂᒃ.

ᐱᓇᓱᑦᑎᕗᑦ ᑐᓴᕐᑎᓯᓚᐅᕐᒥᔪᑦ ᐊᑦᔨᒌᖕᒥᑐᓂᒃ ᐱᒋᐅᕐᓴᓂᐅᒐᔭᕐᑐᓂᒃ ᑲᑎᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᕙᒪᒃᑯᓄᑦ ᐱᑦᔪᑎᖅᑲᕐᑎᓗᒍ ᑮᓇᐅᔭᕐᓂᒃ ᐅᑎᕐᑐᓴᐅᖕᖏᑐᓂᒃ ᐱᒐᔭᕐᑎᓗᒥᑦ. ᐅᓪᓗᒥᒧᑦ ᑎᑭᑦᓯᒍ, ᐅᑯᐊ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᑦ ᐊᖏᕿᑕᐅᓯᒪᓕᕐᑐᑦ ᐊᓯᖏᑦ ᓱᓕ ᐊᖏᕐᑕᐅᒋᐊᓖᑦ:

- ᐊᕐᕿᒧ ᑐᖅᓚᓕᕆᓕᕐᑕᖅᓚ ᐱᒋᐅᕐᓴᑎᑦᓯᓂᖅ ᐅᕕᒪᕐᑐᐃᑦ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᓂᖅᓚᓂ ($179,192.00) ᑮᓇᐅᔦᑦ ᐅᑎᕐᑐᓴᐅᖕᖏᑐᑦ);
- ᑲᔪᓯᑎᑦᓯᓂᖅ ᐱᒋᐅᕐᓴᑎᑦᓯᓂᕐᒥᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᖏᕐᕋᑎᑕᐅᔪᒥ ᒪᑭᐊᓪ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᕐᔪᐊᖅᓚᓐᓂ ($112,286.00 ᑮᓇᐅᔦᑦ ᐅᑎᕐᑐᓴᐅᖕᖏᑐᑦ);
- ᐱᓇᓱᖅᑎᖅᑲᕐᑎᑕᐅᓂᖅ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᓪᓗᑯᒥᐊᓕᓐᓂᒃ ᐱᓇᓱᑦᑐᒥᒃ ᐳᕐᑐᓂᕐᓴᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᖅᓚᓂ ($9,918.00 ᑮᓇᐅᔦᑦ ᐅᑎᕐᑐᓴᐅᖕᖏᑐᑦ).

ᒥᒃᑕ ᒥᐊᓯ ᐃᓚᐅᓚᐅᕐᒥᔪᖅ ᐊᒥᓯᓂ ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᕐᒧᑦ ᑲᑎᒪᔪᓂ ᑎᒥᐅᔪᓂ ᐊᑦᔨᒌᖕᒥᑐᓂ ᐅᑦᑑᑎᒥᓗᒍ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅ ᑳᓇᑕᒃᑯᓂ, ᐃᓄᐃᑦ ᑕᐱᕇᑦ ᑲᓇᑕᒥ ᐊᒻᒪᓗ ᑳᓇᑕᒥ ᐃᓄᐃᑦ ᑲᑎᒪᕖᖅᓚ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ, ᑖᓐᓇ ᑎᓕᔭᐅᒪᐅᑎᓕᒃ ᖃᐅᔨᔭᐅᑎᑦᓯᒥᐊᕐᓂᒥᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᓄᓇᓕᑐᖅᑲᕐᓂ ᐃᓄᓐᓂᓗ.

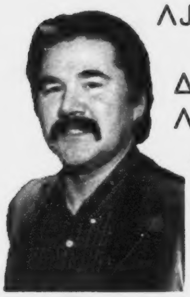
ᑎ) ᐱᓇᓱᑦᑎᖅᑯᑖᕐᓂᒃ ᐱᓇᓱᑦᑎᓴᕐᓯᐅᓂᕐᒧ

ᒪᓕᑦᓯᒍ ᓯᕗᓪᓕᕚᖅ ᐊᖏᖅᑲᑎᒌᕆᐊᕐᖓᐅᑎᒃ ᐃᓯᓕᓚᐅᕐᑐᖅ ᑯᐯᒃ ᑲᕙᒪᒃᑯᑦ ᑲᑐᑦᔨᖅᑲᑎᒌᓐᓂᑯᓪᓗ, ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᐱᔭᑦᓴᑖᕐᑎᑕᐅᓚᐅᔪᖅ ᐊᑐᐃᓐᓇᕈᕐᑎᖁᔭᐅᑦᓯᓂ ᐱᐅᓯᐅᒥᑎᑦᓯᒪᓯᐊᕐᓂᒥᒃ ᐱᓇᓯᓐᓂᒧᑦ ᒪᓕᒐᕐᓂᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᓄᓇᖅᒪᓐᓄᑦ ᑕᒫᓄᑦ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐱᓇᓱᑎᓄᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᑖᕆᔭᐅᓰᓂᓪᓗ ᖃᓪᓗᓈᑦ ᓄᓇᖅᒪᓐᓂ. ᐅᖃᖅᑲᑎᒌᓐᓂᑦ ᐱᒋᐊᕐᓯᒪᓕᕐᑐᑦ, ᐊᑭᑐᑦᓴᓯᑕᓗ 2011 ᓄᖕᖑᐊᓂ, ᓅᑖᒥᒃ ᐱᓇᓱᓐᓂᒧᑦ ᒪᓕᒐᕐᓂᒃ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᓂᕐᓴᐅᓚᖅᓚᔪᓂᒃ ᐱᓇᓱᑦᑎᖅᑯᑖᕿᑕᐅᒐᔭᕐᑐᓂᒃ ᓄᐃᑕᐅᕐᑯᑦᓯᒥᑦ.

ᐱᓇᓱᑦᑎᓴᕐᓯᐅᓂᕐᒧᓕ, ᐱᒥᐊᕐᐸᓕᐊᑕᓕᐅᓐᓇᑐᒧᑦ ᖃᒥᕐᕿᐸᓪᓕᐊᒥᐊᒥᒃ, ᑲᑐᑦᔨᖅᑲᑎᖅᑲᕐᓯᑕ ᑕᒫᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒪᓈᓂᒃ, ᐃᓯᒪᒐᓯᐊᕐᓯᑕ ᐅᓪᓗᒥᒧᑦ ᒪᓕᑦᑕᐅᔫᒧᓕᕐᑐᓂᒃ ᐊᑑᑎᒥᐊᒥᒃ ᐅᕝᕙᓗᓐᓃᑦ ᐋᕐᖄᒥᐊᑦᓯᐊᓈᐊᒥᒃ ᓯᑳᓂᓴᕐᒥᒃ ᐱᓇᓱᑦᑎᓴᕐᓯᐅᕿᓯᑦᑎᓂᒃ (ᐃᓅᖅᑲᑎᒌᑐᑦ ᐱᑐᑦᓯᒪᐅᑎᔪᓂ, ᖃᓈᑕᐅᔭᒃᑯᑦ ᖃᐅᔨᒪᔪᓪᓚᓈᓂᒃ ᐊᑐᕐᓗᑕ ᐊᓯᖏᓐᓂᓗ).

ᓄᓇᕕᐅᑉ ᓯᓚᑖᓂᑦ ᐱᒍᑦᔭᐅᓂᖅᒧᑦ ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ

ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᔨᐅᑉ ᐅᖃᐅᓯᑦᓴᖏᑦ



ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ ᓇᑭᑦ ᐱᓯᒪᓂᖓ

ᐃᒻᒪᖅᑲᐅᑎᖅᑲᖅᑎᑕᐅᔪᑦ ᐃᒻᒪᐅᑎᖅᑲᖅᑎᑕᐅᖕᖏᑐᑦᓗ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᖅᑕᐅᒍᑎᓄᑦ ᐱᕙᓪᓕᖅᑯᑏᑦ ᐱᕙᓪᓕᖅᑯᑎᑖᕆᔭᐅᒥᐊᓪᓚᓰᑦ ᐃᓚᐅᔫᒍᑎᓕᓐᓄᑦ ᐃᓕᑕᕆᔭᐅᓂᖅᑲᖅᓯᑎᑉ ᐃᓚᐅᔫᒍᑎᖅᑲᖅᓂᒥᒃ ᕿᒥᓯ V ᑯᐯᓪᓗ ᑕᖅᕿᖕᒪᑕ ᐊᖕᒥᖅᑲᑎᒦᒍᑎᖕᒪᒍᑦ.

ᕿᒥᓯ V ᑯᐯᓪᓗ ᑕᖅᕿᖕᒪᑕ ᐊᖕᒥᖅᑲᑎᒦᒍᑎᖕᒪᒍᑦ ᐃᓚᔫᒍᑎᓖᑦ, ᓄᓇᕕᐅᑉ ᓯᓚᑖᓂᑦ ᓄᓇᓯᒪᔫᑦᓯᑎᑉ, ᖃᖕᒪᐅᒪᓗᐊᖅᐸᑦ ᓄᓇᕕᒻᒦᒍᓐᓀᑐᕕᓂᐅᑦᓯᑎᑉ, ᐱᕙᓪᓕᖅᑯᑎᖅᑲᖅᖅᑲᔭᖕᖏᑐᑦ ᐃᒻᒪᖅᑲᐅᑎᖅᑲᖅᑎᑕᐅᔪᑦ ᐃᒻᒪᐅᑎᖅᑲᖅᑎᑕᐅᖕᖏᑐᑦᓗ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᖅᑕᐅᒍᑎᓄᑦ ᐱᕙᓪᓕᖅᑯᑎᖕᒥᓐᓂᒃ; ᐳᖅᑐᓂᖅᓴᓇᐊᓪᓚᒥᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᑐᑦ ᐱᒍᓐᓇᕿᓗᐊᖅᑎᓗᒥᑦ / ᐱᒥᐅᖅᓴᔪᑦ (ᐊᑭᓕᖅᑐᑕᐅᑦᓯᑎᑉ ᑲᑎᕕᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᓕᓇᓂᖅᒧᑦ) ᓄᓇᓕᒻᒥᓄᑦ ᐅᑎᖅᐸᓕᐊᔪᑦ, ᐸᖅᓇᓀᖅᓯᒪᕕᒻᒦᑐᕕᓅᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᖅᑕᐅᒥᐊᓘᓪᓗ ᓄᓇᕕᐅᑉ ᓯᓚᑖᓂᑦ.

ᑐᑭᒧᐊᒍᑏᑦ ᑐᑭᓯᓇᖅᑎᓯᒍᑎᖅᑲᖅᓯᑎᑉ ᒪᓕᒐᕆᔭᐅᔪᓂᒃ ᐱᕕᐅᒍᓐᓇᓂᖕᒥᓐᓄᑦ ᐃᒻᒪᖅᑲᐅᑎᖅᑲᖅᑎᑕᐅᔪᑦ ᐃᒻᒪᐅᑎᖅᑲᖅᑎᑕᐅᖕᖏᑐᑦᓗ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᖅᑕᐅᒍᑎᓄᑦ ᐱᕙᓪᓕᖅᑯᑎᓄᐊᖕᒪᔪᓄᑦ ᑐᑭᓯᓇᖅᑎᑕᐅᔪᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅᒥᒃ ᐃᓄᓕᕆᓂᖅᒥᓗ ᑐᖅᑲᑕᖅᕕᒧᑦ ᐅᕝᕙᓗᓘᓐᓃᑦ ᑲᓇᑕᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᕕᒻᒧᑦ ᐃᓚᒥᔭᐅᑦᓯᓂ ᐱᕙᓪᓕᖅᑯᑎᖅᑲᖅᑎᓯᒍᑎᓄᑦ ᐃᒻᒪᖅᑲᐅᑎᖅᑲᖅᑎᑕᐅᖕᖏᑐᓄᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᖅᑕᐅᒍᑎᓄᐊᖕᒪᔪᓄᑦ. ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᑦ ᐃᓚᐅᔫᒍᑎᓖᑦ ᐱᕙᓪᓕᖅᑯᑎᑖᖅᕕᖅᑲᕈᓐᓇᑐᑦ ᐃᒻᒪᖅᑲᐅᑎᖅᑲᖅᑎᑕᐅᔪᑦ ᐃᒻᒪᐅᑎᖅᑲᖅᑎᑕᐅᖕᖏᑐᑦᓗ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᖅᑕᐅᒍᑎᓄᑦ ᐱᕙᓪᓕᖅᑯᑎᓂᒃ ᐊᑦᔨᖕᒥᓐᓂᒃ ᑯᐯᒻᒥᐅᓕᒫᑦ ᓄᓇᖅᑲᖅᑲᓯᒪᔪᑦ ᐱᕙᓪᓕᖅᑯᑎᑖᖅᑕᐅᑎᒥᓲᖕᒥᓐᓂᒃ; ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐊᑦᔨᐅᖕᒥᓐᓂᓴᖅ ᑯᐯᒃ ᐊᑭᓕᖅᑐᐃᒪᑦ ᑕᒪᒃᑯᓂᖓ.

ᐃᒻᒪᖅᑲᐅᑎᖅᑲᖅᑎᑕᐅᔪᑦ ᐃᒻᒪᐅᑎᖅᑲᖅᑎᑕᐅᖕᖏᑐᑦᓗ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᖅᑕᐅᒍᑎᓄᑦ ᐱᕙᓪᓕᖅᑯᑏᑦ/ᓵᓇ ᐱᕙᓪᓕᖅᑯᑎᑖᖅᑕᐅᑏᑦ ᐃᓚᖅᑲᖅᒥᔪᖅ ᐱᒍᑦᔭᐅᒍᑎᖕᒥᓐᓂᒃ ᑯᐯᒻᒥᐅᓕᒫᑦ ᒪᓕᑦᓯᒋᑦ ᐊᑦᔨᒦᖕᖏᑐᑦ ᐸᖅᓇᓯᒪᐅᑏᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᖅᑕᐅᒍᑎᓄᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑎᑖᕈᑎᓄᑦᓗ ᑯᐯᒃ ᑲᕙᒪᖕᒪᑕ ᐊᐅᓚᑕᖕᒪᒍᑦ. ᑖᒃᑯᐊ ᐱᒍᑦᔭᐅᒥᐊᓪᓛᕈᑏᑦ ᐃᓯᓕᑦᑕᕕᓕᖕᖏᓂᒃ ᐱᕕᖅᑲᖅᑎᓯᔪᑦ ᐱᒍᑦᔭᐅᒍᑎᓂᒃ ᐱᔭᐅᒍᓐᓇᑐᓂᓪᓗ ᐱᑕᖅᑲᖅᑎᑕᐅᓯᒪᖕᖏᑐᑦ ᑌᑦᓯᒪᓂᒥᐊᖅ ᐃᓚᐅᔫᒍᑎᓕᓐᓄᑦ ᕿᒥᓯ V ᑯᐯᓪᓗ ᑕᖅᕿᖕᒪᑕ ᐊᖕᒥᖅᑲᑎᒦᒍᑎᖕᒪᓄᑦ ᐱᑦᔪᐹᑦ ᓇᓂᒥᐊᓪᓚᖅ ᑯᐯᓪᓗ ᐱᑕᖅᑲᖅᑎᓯᒪᖕᖏᑕᖕᒥᑦ.

ᐁᓇᓕ 1, 2004-ᖑᑎᓪᓗᒍ, ᑮᓇᐅᔭᑦ ᑕᒪᑐᒧᖓ ᑐᕌᖕᒪᓪᓚᓇᑦᑐᑦ ᓄᐃᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᕕᐅᑉ ᑮᓇᐅᔭᖏᑦᑕ ᑐᕌᒪᖕᒥᓐᓂ ᐊᐅᓚᑦᓯᒍᑎᐅᓂᐊᖅᓯᑎᑉ ᐊᑭᓕᖅᑐᑕᐅᒍᓐᓇᑐᓂᒃ. ᑮᓇᐅᔭᑦ ᑐᕌᒪᖕᒥᑦ ᑮᓇᐅᔭᖅᑲᖅᑎᓯᒍᑎᐅᔪᑦ ᐃᒻᒪᖅᑲᐅᑎᖅᑲᖅᑎᑕᐅᔪᓄᑦ ᐃᒻᒪᖅᑲᐅᑎᖅᑲᖅᑎᑕᐅᖕᖏᑐᓄᑦᓗ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᖅᑕᐅᒍᑏᑦ ᐱᕙᓪᓕᖅᑯᑎᖕᒥᓄᑦ/ᓵᓇᒃᑯᓄᑦᓗ ᑐᖕᒪᕕᓕᒃ ᐃᑭᑦᓕᒥᐊᖅᑎᓯᓂᖅᒥᒃ ᑮᓇᐅᔭᑦ ᐅᓄᖅᓂᖕᒥᓐᓂ ᐃᓚᐅᑎᑕᐅᓯᒪᔪᓂᒃ ᑮᓇᐅᔭᑦ ᑐᕌᒪᖕᒥᓐᓂᑐᓂ

ᐋᓐᓂᐊᕖᓐᓂ ᑕᒫᓐᓂ ᑐᓚᑦᑕᕕᒻᒥ ᐃᓅᓕᑦᓯᕕᒻᒥᓗ ᑮᓇᐅᔭᖅᑲᖅᑎᑕᐅᓂᕐᒥᑎᒍᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᑐᖅᑲᑦᑕᕕᒍᑦ.

ᐱᓂᐊᕐᓃᑦ 2010-2011

ᐱᒋᐊᖅᑎᑕᐅᓕᖅᓂᒪᓂᑦ, ᐃᒻᒪᖅᑲᐅᑎᖅᑲᖅᑎᑕᐅᕙᑦ ᐃᒻᒪᐅᑎᖅᑲᖅᑎᑕᐅᙱᑐᓐᓗ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᖅᑕᐅᒍᑎᓄᑦ ᐱᕙᓪᓕᖅᑯᑏᑦ ᑲᒪᒋᔭᐅᖃᑦᑕᓯᒪᔪᖅ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᕕᒻᒧᑦ ᐊᐅᓚᑕᐅᑦᓯᓂᓗ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᐱᒍᑦᔨᕕᖓᓄᑦ. ᐊᕐᕌᒍᓂᑦ ᖃᒻᒥᓂᑦ, ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᓂᖓᓄᑦ ᐊᑭᓕᖅᑐᐃᓃᑦ ᐅᓄᖅᓯᒋᐊᖅᓯᒪᓪᓚᕆᑦᑐᑦ ᐱᑦᔪᑎᐅᒻᒥᑎᓪᓗᒍ ᐊᑯᓃᖅᑐᒥᒃ ᐋᓐᓂᐊᔫᑦ ᐅᓄᖅᓯᓯᒪᓕᖅᒪᑕ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᖅᑎᒪᓇᓐᓗ ᑕᒪᒃᑯᓄᖓ ᐋᓐᓂᐊᑖᓇᔭᐅᕙᓕᖅᑐᓄᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᖕᒥᒻᒪᑕ ᐅᑭᐅᖅᑕᑐᒥ. ᑌᒫᒻᒪᑦ ᐱᑦᔪᑎᑦᓴᓯᐊᕐᒍᓯᒪᕗᖅ ᓄᐃᑕᐅᓂᖓ ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ ᓴᐳᑦᔨᓯᒪᓂᐊᖅᑐᖅ ᖃᐅᑕᒦᖅᓯᐅᑎᑎᒍᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᒍᑎᐅᒥᐊᓕᓐᓂᒃ ᐱᕕᑦᓴᖃᖅᐱᐅᖃᑦᑕᓗᓂᓗ ᓇᐅᑦᓯᑐᐃᓂᕐᒥᒃ ᑭᖕᖑᒪᒋᔭᐅᔪᐃᑦ ᐃᓚᐅᔫᒍᑎᓕᓐᓄᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑲᑎᒥᓗᒥᑦ ᐋᓐᓂᐊᕖᑉ. ᑖᓐᓇ ᐊᕐᕿᒍ ᓯᕗᓪᓕᐹᑦᓯᐊᕐᒍᔪᖅ ᑮᓇᐅᔭᓕᕆᓂᐅᑉ ᐊᕐᕿᒍᖓᓂᑦ ᐊᓂᒍᐃᒍᑕᐅᓚᐅᔪᓂᖓ ᓄᓇᕕᐅᑉ ᓯᓚᑖᓃᑦᑐᓄᑦ ᐱᒍᑦᔭᐅᓂᕐᒧᑦ ᐱᒍᑦᔨᕕᖓᑕ ᐊᐅᓚᑦᓯᓇᓕᖅᑎᓗᒍ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᕕᐅᑉ ᐊᐅᓚᓯᒪᔭᖕᒥᓐᓂᒃ ᐃᒻᒪᖅᑲᐅᑎᖅᑲᖅᑎᑕᐅᕙᑦ ᐃᒻᒪᐅᑎᖅᑲᖅᑎᑕᐅᙱᑐᓐᓗ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᖅᑕᐅᒍᑎᓄᑦ ᐱᕙᓪᓕᖅᑯᑎᓄᐊᖓᔪᓄᑦ. ᑮᓇᐅᔭᓕᕆᓂᐅᑉ ᐊᕐᕿᒍᖓ ᐱᒋᐊᖅᓯᒪᓂᑎᓪᓗᒍ, ᓄᑖᖅ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑕᐅᓯᒪᓗᓂ ᐱᓇᓱᕝᕕᒥ ᐱᓇᓱᑦᑎᑖᓇᔭᐅᔫᓕᖅᑐᖅ ᐃᒻᒪᖅᑲᐅᑎᖅᑲᖅᑎᑕᐅᕙᑦ ᐃᒻᒪᐅᑎᖅᑲᖅᑎᑕᐅᙱᑐᓐᓗ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᖅᑕᐅᒍᑎᓄᑦ ᐱᕙᓪᓕᖅᑯᑎᓄᐊᑎᓄᐊᖓᕙᓄᑦ. ᐊᐅᓚᑕᐅᕙᐱᓂᐅᓕᖅᓯᓂ ᐳᕖᖅᓂᑐᒥ ᒫᓐᑐᔨᐊᒥᓪᓗ, ᐃᒻᒪᖅᑲᐅᑎᖅᑲᖅᑎᑕᐅᕙᑦ ᐃᒻᒪᐅᑎᖅᑲᖅᑎᑕᐅᙱᑐᓐᓗ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᖅᑕᐅᒍᑎᓄᑦ ᐱᕙᓪᓕᖅᑯᑎᖕᒥᓐᓄᑦ ᐊᓪᓚᕕᖓ ᓅᑕᐅᓖᖅᑐᖅ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᕕᐅᑉ ᐊᓪᓚᕕᖓᓄᑦ ᑰᑦᔪᐊᒧᑦ ᔪᓓ 2010-ᒥ.

ᖃᓇᑕᐅᔭᓄᑦ ᐱᒍᑦᔨᔩᑦ, ᓴᓇᓯᒪᔪᑦ ᖃᓇᑕᐅᔭᒧᑦ ᐱᓇᓱᐊᕈᓐᓇᐅᑎᒥᒃ ᑌᔭᐅᔪᒥᒃ ᐱᐊᓂᕕᑦ (BENEFIS), ᐊᑐᖅᑲᑦᑕᑕᕗᑦ 2003-ᒥᓂᑦ, ᓄᐃᑦᓯᓯᒪᓕᖅᑐᑦ ᓄᑖᒥᒃ ᖃᒻᒥᓂᑕᐅᓂᖅᐹᖑᓕᖅᑐᓂᒃ ᖃᐅᔨᒪᐅᑎᑦᓴᓂᒃ ᐱᑕᓕᒃ ᐃᓚᒥᔭᐅᑎᓪᓗᒥᑦ ᓄᑖᑦ ᖃᓇᑕᐅᔭᒧᑦ ᓴᓇᔭᐅᓯᒪᔪᑦ ᐱᓇᓱᐊᕈᓐᓇᐅᑏᑦ. ᐃᓯᐊᖅᑯᓇᖅᑎᓯᔪᖅ ᒪᑯᑎᒎᓇ: ᖃᓇᑕᐅᔭᐅᑉ ᐱᓇᓱᐊᕈᓐᓇᓂᖓ ᐊᕗᖓᐅᓕᒥᐊᓪᓚᑐᖅ ᐊᕐᕿᒍᓄᑦ ᓯᑕᒪᐅᔪᖕᖏᒐᖅᑐᓄᑦ, ᐱᕙᓪᓕᖅᑯᑏᑦ ᒪᓕᒐᕐᒥᓐᓂᒃ ᓄᐃᑕᑎᑦᓯᒍᓐᓇᓂᖅ ᐊᒻᒪᓗ, ᖃᓇᑕᐅᔭᖅᑐᒍᑦ ᓇᓗᓇᖅᓂ. ᒫᓐᓇᐅᑎᓪᓗᒍ, ᐊᑐᖅᑕᐅᓕᖅᑐᖅ ᑖᓐᓇ ᐱᓇᓱᐊᕈᓐᓇᐅᑎ ᖃᓇᑕᐅᔭᒧᑦ. ᑭᖑᓂᖓᒍᑦ ᐊᑐᓕᖅᑎᓯᓖᖅᑐᒍᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑲᑎᒋᔪᕗᑦ ᐊᑐᕈᓐᓇᓖᖅᑎᓗᒥᑦ ᑖᑦᓯᒥᖓ (ᖃᓪᓗᓈᓄᑦ ᐋᓐᓂᐊᕕᓕᐊᖅᓯᒪᔪᓕᕆᔩᑦ, ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒪᕆᒃ ᐋᓐᓂᐊᕖᓪᓗ). ᑖᓐᓇ ᐱᓇᓱᐊᕈᓐᓇᐅᑎᒃ ᐃᓯᐊᖅᑐᕈᖅᑎᓯᓖᖅᑐᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᖅᑏᑦ ᖃᐅᔨᑲᐱᒍᓐᓇᐅᑎᒋᓖᖅᒪᒍ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᖅᑕᐅᔪᖅ ᐱᕙᓪᓕᖅᑯᑎᖅᑲᖅᒪᖕᖔᑦ ᖕᒥᒻᒪᖕᖔᑕᓘᓐᓃᑦ.

ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ ᐱᓇᓱᐊᖅᑲᑎᖅᑲᖅᓯᒪᔪᐹᑑᓕᖅᒥᔪᖅ ᓄᓇᒥ ᑎᒍᒥᐊᖅᑎᑯᑦ ᑎᒥᖅᑯᑎᖕᒥᓐᓂᒃ ᓄᑕᐅᓯᓕᖅᑎᓇᓂᕐᒥᒃ ᐃᓚᐅᔫᒍᑎᓖᑦ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᐅᑎᖕᒥᓐᓄᐊᖓᔪᒧᑦ. ᐱᒋᐊᖅᑎᓯᓯᒪᒻᒥᔪᒍᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑲᑎᖅᑲᖅᓂᒥᒃ ᒪᑭᑉᐱᐅᑉ ᑎᒥᖅᑯᖓᑕ ᐃᓚᐅᔫᒍᑎᓕᕆᕕᐅᑉ ᐊᓪᓚᕕᖓᓂᑦ ᑐᑭᓯᒪᔭᐅᑦᓯᐊᖅᑯᒍᑦ ᐃᒻᒪᖅᑲᐅᑎᖅᑲᖅᑎᑕᐅᕙᑦ ᐃᒻᒪᐅᑎᖅᑲᖅᑎᑕᐅᙱᑐᓐᓗ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᖅᑕᐅᒍᑎᓄᑦ ᐱᕙᓪᓕᖅᑯᑎᓄᐊᑎᓄᐊᖓᕙᑦ ᐱᓪᓗᑯᒥᐊᓕᑎᒍᓪᓗ ᑐᑭᓯᒪᐅᑎᑦᓴᑦ ᓈᒻᒪᓈᖅᓯᒪᑦᓯᐊᖅᑯᒍᑦ ᑕᒫᓐᓂ ᑎᒥᐅᔫᓐᓂ.

ᓇᑯᖅᓴᕈᑎᒥᒻᒪᓇᑦᓯᒍ ᑐᓴᖅᑎᓯᒍᑎᖅᑲᖅᐳᖓ ᐱᑦᔪᑎᓕᒻᒥᒃ ᐊᑎᓕᐅᖅᓂᖅ ᐊᑑᑎᓚᐅᔪᓂᖓᓄᑦ ᕕᕗᐊᕆ 2011-ᒥ ᐊᑐᓕᖅᑎᓯᒍᑎᒃ ᓄᑖᒥᒃ ᐃᒻᒪᐅᑎᖅᑲᖅᑎᑕᐅᙱᑐᓄᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᖅᑕᐅᒍᑎᓄᑦ

ᐱᕙᓪᓕᖅᑎᓄᐊᕐᒪᔪᖅ ᐊᕐᒥᖅᑲᑎᒦᒍᑎᒃ ᐊᕐᒥᖅᑲᑎᒦᒍᑎᐅᓪᓗ ᑐᖕᖕᒐᕕᓕᖅᑐᑕᐅᒍᑎᕐᒐ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓱᓯᓕᓇᕕᐅᑉ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓱᓯᓕᓇᓂᖅᒥᒃ ᐃᓄᓕᓇᓂᖅᒥᓗ ᑐᖅᑲᑦᖅᕕᐅᑉ ᐊᑎᓕᐅᕈᑎᒥᓯᒪᔭᕐᓚ.

ᓯᕗᓂᖅᒥ

ᐱᓇᓱᐊᕈᑎᐅᒪᓇᖅᑲᑦᑕᒥᔪᖅ ᑕᒻᒪᓂ ᐊᖅᑰᒥ ᓄᓇᓕᓕᒦᑦ ᑲᑎᒪᔨᕐᒥᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᖅᒧᑦ ᐋᓂᐊᕕᓕᐊᖅᓯᒪᔪᓕᓇᓂᖅᒥᒃ ᓄᑕᐅᓯᓕᖅᑎᓇᓂᖅ ᐃᒪᖅᑲᐅᑎᖅᑲᖅᑎᑕᐅᔪᑦ ᐃᒪᐅᑎᖅᑲᖅᑎᑕᐅᖕᖕᒥᑐᓪᓗ ᐋᓂᐊᓯᐅᖅᑕᐅᒍᑎᕐᒥᓐᓄᑦ ᐱᕙᓪᓕᖅᑎᓄᐊᕐᒪᔪᑦ ᒪᓕᒐᕐᒥᑦ ᐃᕐᒥᖅᑫᐅᑎᓕᓇᓂᖅᒧᑦ ᐱᒍᑦᑐᓂᖅᓄᐊᕐᒐᑦᓯᑎᒃ, ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᖅᒧᑦ ᐊᕐᒥᖅᑲᑎᒦᒍᑎᒃ ᐃᒪᖅᑲᐅᑎᖅᑲᖅᑎᑕᐅᔪᑦ ᐃᒪᐅᑎᖅᑲᖅᑎᑕᐅᖕᖕᒥᑐᓪᓗ ᐋᓂᐊᓯᐅᖅᑕᐅᒍᑎᓄᑦ ᐱᕙᓪᓕᖅᑎᓄᐊᑎᓄᐊᕐᒐᔪᒧᑦ ᑐᖕᖕᒐᕕᓕᖅᑐᑕᐅᒍᑎᕐᒐᑕᓗ ᐊᑐᓕᖅᑎᑕᐅᒥᐊᖅᑲᖅᓂᕐᒐᓄᑦ ᐊᕐᒥᖅᑲᑎᒦᒍᑎᒃ. ᐊᖅᑯᒍ, ᐊᕐᒥᖅᑲᑎᒦᒍᑎᒃ ᐊᑎᓕᐅᖅᑕᐅᖅᑯᓇᖅᐳᖅ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓱᓯᓕᓇᕕᒻᒧᑦ ᐋᓂᐊᕕᒻᒪᓈᓄᓗ ᐱᒍᑦᑐᕕᐅᑉ ᖃᐅᑖᖅᓯᐅᑎᑎᒧᑦ ᐊᐅᓚᒥᐊᓕᕐᒥᑦ ᑐᑭᓯᓇᖅᓂᖅᐅᓛᖅᒪᑕ ᒪᓕᑦᓯᐊᓗᑎᓗ ᒪᓕᒐᓕᐊᓇᔭᐅᓯᒪᔪᑦ ᒪᓕᑦᑕᐅᔪᑦ ᑕᐃᓐᓄᑦ ᐋᓂᐊᕕᒻᒪᓇᓐᓄᑦ.

ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᓂᖅᒥᒃ ᑲᔪᓯᓚᕐᒐᔪᕐᒐ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᓕᓕᒦᑦ ᑲᑎᒪᔨᕐᒥᓐᓄᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᖅᒧᑦ ᐋᓂᐊᕕᓕᐊᖅᓯᒪᔪᓕᓇᓂᖅᒥᒃ ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᔨᐅᖅᑲᑦᑕᓚᐅᖅᓂᖁᓂᒃ ᐊᖅᑰᓚᐅᖅᑐᒥ . ᑲᑎᒪᔩᑦ ᑲᑎᒪᒍᑎᖅᑲᕆᑦᑐᖅᑲᑦᑕᓚᐅᖅᑐᑦ ᐊᖅᑰᓚᐅᖅᑐᒥ ᒫᓐᓇᓯᐅᑎᒧᑦ ᓅᑕᐅᓚᐅᖅᑐᓯᒪᓂᕐᓚ ᐱᑦᔪᑎᒥᑦᓯᒍ ᐋᓂᐊᕕᓕᐊᖅᓯᒪᔪᑦ ᑐᔪᖅᒥᐅᕕᕐᓚ YMCA-ᒧᑦ ᒪᓐᑐᕆᐊᒥ.

ᑲᑎᒪᔨᐅᕖᑦ ᐊᓯᕐᒥᓐᓄᑦ ᐊᕐᒥᖅᓯᒪᓂᖁᒧᑦ, ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᔨᐅᒥᔪᕐᓚ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐅᕕᒃᑫᑦ ᐃᑦᑐᖅᑯᑎᕐᒥᑦᑕ ᑲᑐᑦᔨᖅᑲᑎᒦᓐᓂᕐᒐᓄᑦ ᐊᔪᖅᐲᒥᐊᖅᐱᑦ ᑲᑎᒪᔨᕐᒥᓐᓄᑦ ᐊᑦᑐᓇᐊᕈᑎᖅᑲᓗᐅᔪᒻᒥᔪᑦᑕᐅᖅ ᐅᕕᒃᑫᑦ ᐃᑦᑐᖅᑯᑎᕐᒥᓐᓂᒃ ᐱᐅᓯᐅᒥᑎᑦᓯᒥᐊᖅᓂᒥᒃ ᐊᕐᒥᕈᑎᐅᑎᓯᒪᓂᕐᓚ ᒪᓕᑦᓯᒍ ᐱᑦᑐᖁᒥᐊᓕᑎᒧᑦ ᓇᐅᑦᓯᑐᐃᓅᑦ ᐅᕕᒃᑫᑦ ᐃᑦᑐᖅᑯᑎᓕᒫᕐᒥᓅᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ. ᑲᑎᒪᔨᓄᑦ ᐃᓚᐅᕕᖅᑲᖅᓂᖁ ᓯᕗᑦᓕᐅᑎᕐᒥᓇᓚᕐᓚᔭᖁ ᐊᖅᑰᓚᖅᑐᒥ.

ᓛᔨ ᒍᐊᑦ

Annual Report 2010-2011

April 1, 2010, to March 31, 2011

Our *raison d'être*:

The well-being of the entire Nunavik population

Our mission:

Plan, organize, apply and evaluate programs
to serve our population

Our objective:

Improve our population's state of health

Our values:

Autonomy, respect, participation, appreciation of our human
resources and collaboration with our partners

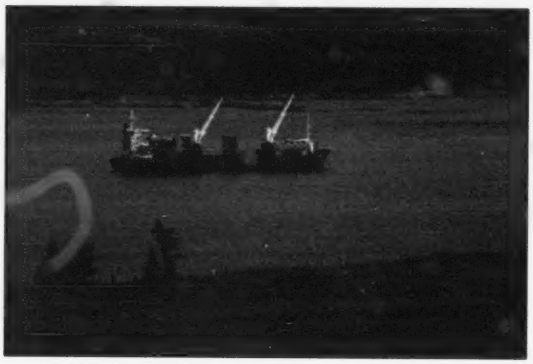
Table of Contents

Nunavik: A Vast Occupied Territory 5
The Region and Its People 5
Inuit Health Indicators 7
The Nunavik Health and Social Services Network 8
Nunavik Regional Board of Health and Social Services 8
Health Centres 10
Message from the Chairperson of the Board of Directors 11
Boards of Directors of the Nunavik Health and Social Services Network 18
Board of Directors of the Regional Board 19
Composition of the Board of Directors on March 31, 2011 20
Executive Management 21
Message from the Executive Director 21
Nunavik Regional Government 23
Emergency Prehospital Services and Emergency Measures 24
Department of Planning and Programming 26
Message from the Acting Director 26
Clinical Project 28
Mental Health, Suicide Prevention, Men's Health and Well-Being 34
Research Project in Mental Health Funded by the Aboriginal Health Transition Fund 35
Family Violence, Sexual Assault and the Status of Women 36
Persons Lacking Autonomy, Elders and Rehabilitation 37
Community Organizations 38
Medical Affairs and Physical Health 39
Department of Public Health 42
Message from the Director 42
Human Resources 43
Protection of Public Health 43
Prevention 45
Health Promotion 48
Healthy Schools Approach 61
Connaissance – Surveillance – Information 65
Research and Evaluation 66
Perspectives for 2011-2012 67
Inuit Values & Practices 68
Message from the Director 68
Brighter Futures 69
Indian and Residential school (IRS) Resolution Health Support Program 71
Wellness Committees 72
Midwifery 73
Traditional/Customary Adoption 73

Administrative Services 74
Message from the Director 74
Financial Resources 75
The NRBHSS' Operating Budget 75
Fixed Assets and Equipment 77
Human Resources 78
Information Systems 79
Regional Department of Human-Resources Development 81
Message from the Director 81
Principal Activities 2010-2011 82
Hiring Data 83
Department of Out-of-Region Services 85
Message from the Director 85

Nunavik: A Vast Occupied Territory

The Region and Its People



Nunavik, the Inuit region of Québec, is a vast territory that covers more than 500 000 square kilometres. Its geographic zones range from taiga to tundra and its landscapes vary from mountains to boreal forest to innumerable lakes and rivers to open sea.

There are different interpretations of the word *Nunavik*. For some, Nunavik means "the place where we have landed." In Tamusi Qumak's dictionary of Inuktitut, Nunavik means "a vast land occupied by animals."

Today, Nunavik is home to approximately 11 000 inhabitants, 90% of whom are Inuit, living in 14 communities dotting the coasts and rivers: Kuujjuaraapik, Umiujaq, Inukjuak, Puvirnituq, Akulivik, Ivujivik, Salluit, Kangiqsujuaq, Quaqtaq, Kangirsuk, Aupaluk, Tasiujaq, Kuujjuaq and Kangiqsualujjuaq.

Each community has its own municipal infrastructure and modern essential services that are adapted to the North. For example, houses and other buildings have running water, which is delivered daily by truck from local reservoirs.

There are no roads to Nunavik; travel and shipping to and from the region are by airplane and freight ship.

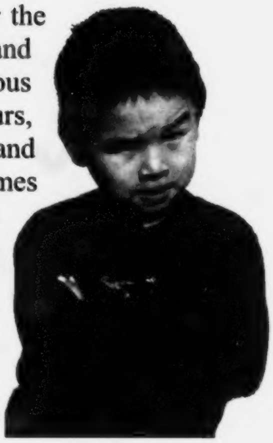
With the exception of Kuujjuaq, these small communities are dispersed along the 2 500 kilometres of shoreline that border Nunavik, some on the east coast of Hudson Bay, others on the coasts of the Hudson Strait and Ungava Bay. Kuujjuaq is located a little farther inland, upstream on the Koksoak River, directly at the tree line, straddling taiga and tundra. With its population of 2 000 inhabitants, it is the largest community of the region, which also makes it the administrative centre of Nunavik.

In spite of the distance that separates them from one another, the warm-hearted Inuit, who were once nomads, like to visit each other. However, since the Nunavik communities are not linked together by roads, the inhabitants must travel by aircraft, boat or snowmobile, depending on the season, to go from one village to the next. No matter how cold it can get, this makes for warm encounters.

As the majority of the Nunavik population is Inuit, Inuktitut is the language most used in the region. On the other hand, due to the federal government's predominant presence in the region's previous administration, the use of English is also widespread, especially in the workplace, and this more than French, although the latter is making considerable progress.

If you would like to know more about the region, visit the site: www.nunavik.ca

Inuit Health Indicators



The health indicators for Inuit of Nunavik are substantially worse than for the rest of Québec: life expectancy is 16 years lower, infant mortality and hospitalization rates are four times higher and there are high rates of infectious diseases. The causes of the high mortality rate include malignant tumours, cardiovascular diseases, respiratory diseases, tobacco-related complications and alcohol-related accidents. Nunavik's suicide rate is also more than seven times higher than that of the rest of Québec: rates among youth between 15 and 19 years of age are 46 times higher and those among young adults between 20 and 24 years of age are 23 times higher.

As the cost of living is much higher in Nunavik due to transportation-related costs, an estimated 43% of Nunavik households live below the poverty line, compared to 17% for Québec.

Nunavik also suffers from a shortage of housing, with more than 500 families or individuals registered on a waiting list. Although the average number of persons per household is 4.72, it is not rare to see 10 to 12 persons living under the same roof. Moreover, although some dwellings have up to five or six rooms, a large number of them have less, which contributes to a higher number of persons per room in Nunavik (0.93) than in all of Québec (0.5).

Sources:

- *Health and social services in Nunavik*
- NRBHSS Executive Summary, 2007
- Nunavik Regional Plan against an Influenza Pandemic, Health Mission, draft document, NRBHSS, 2006
- *2009-2010 Annual Report*
- Avataq Cultural Institute Website

The Nunavik Health and Social Services Network

The Nunavik health and social services network comprises the Nunavik Regional Board of Health and Social Services, the Inuulitsivik Health Centre (Hudson Bay) and the Ungava Tulattavik Health Centre (Ungava Bay). The basis for the development of health and social services in the Nunavik region was established by the *James Bay and Northern Québec Agreement* of 1975 (*JBNQA*) and its complementary agreements. The organization of health and social services remains under the auspices of the provincial system, but it is adapted to the region's characteristics.

Because of its population size and sociocultural characteristics, Nunavik is a privileged place where the curative and the preventive mix, a place where activities in promotion, prevention and protection are carried out very harmoniously and smoothly, as much in the health sector as in social services.

Nunavik Regional Board of Health and Social Services

For the *ministère de la Santé et des Services sociaux* (*MSSS*), Nunavik is administrative health region 17. The Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS) manages a budget of close to 131 million dollars, destined for health and social services for the populations of the 14 communities.

The NRBHSS employs about 65 Inuit and non-Inuit workers and includes the Department of Executive Management, the Department of Public Health, the Department of Planning and Programming, the Department of Administrative Services and the Department of Inuit Values and Practices. Moreover, the Department of Out-of-Region Services and the Regional Department of Human-Resources Development were created in 2009-2010.

A board of directors of 20 members oversees the NRBHSS and consists of:

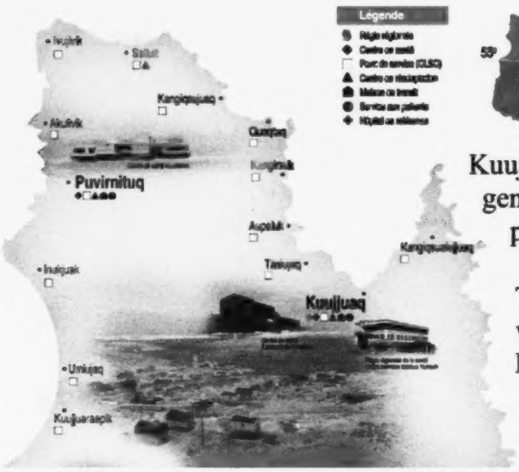
- 14 representatives, one for each community in Nunavik;
- the Executive Director of each health centre (Tulattavik and Inuulitsivik, two members);
- a member appointed by the board of directors of each health centre, selected from among the elected representatives of the villages (two members);

- a member appointed by the board of directors of the Kativik Regional Government (KRG);
- the Executive Director of the NRBHSS.

Besides the functions directly connected with administration, the board of directors is responsible for identifying the priorities with regard to the population's needs in health and social services, priorities that are presented at the public information meeting held annually by the NRBHSS.

The law requires that the boards of directors of the regional board and the institutions consist of a majority of Inuit members.

Health Centres



Service provision is organized locally and by subregion—Hudson Bay and Ungava Bay—and is centred at two multi-role institutions, the Inuulitsivik Health Centre in Puvirnituq and the Ungava Tulattavik Health Centre in Kuujjuaq. These institutions assume the missions of general- and specialized-care hospital centres (15 beds per centre) as well as long-term care facilities.

The Tulattavik Health Centre works in partnership with the Municipality of Kuujjuaq and the Kativik Municipal Housing Bureau to maintain a 10-bed nursing home. There is also a day centre for the elderly in Kuujjuaq.

Other services provided include child and youth protection, with two departments of Youth Protection, one for each of the Ungava Bay and Hudson Bay coasts. Facilities include one regional 14-place rehabilitation centre in Salluit, two subregional 8-place group homes in Puvirnituq and Kuujjuaq and a CLSC (point of service) in each of the 14 communities.

The CLSC point of service in each community comprises a team of professionals from varying sectors and disciplines offering a range of health and social services to the population. The composition of the team varies from one community to another, based on the size of the community and the functions of the team.

Second-line health services in Nunavik are limited. Recourse to resources outside Nunavik is the norm for practically all specialized medical examinations and treatment. Some are offered by the two health centres, notably by visiting specialists, such as gynecologists, psychiatrists, orthopedic surgeons, etc. If adequate specialized or ultra-specialized services cannot be provided, the client is referred to service providers in the South under the McGill *RUIS* agreement or other agreements.

Patient services in Montréal serve as liaison and support in these cases of transfer, ensuring reception, transportation, lodging and interpretation services, as well as liaison with the northern institutions.

A five-bed regional intensive crisis centre, located in Puvirnituq, offers second-line mental-health services.

Message from the Chairperson of the Board of Directors

Below is an overview of our accomplishments, issues and current portfolios in health and social services at the Nunavik Regional Board of Health and Social Services for fiscal. 2010-2011.

FOLLOW-UP REPORT OF THE *COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE* (*CDPDJ*)

In September 2010, the Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS) optimistically received the follow-up report of the *CDPDJ*. Since the beginning of the inquiry in 2007, we have considered ourselves satisfied with the work of the Nunavik network's professional resources. We appreciate that their efforts to improve the situation in our region are being recognized in the 21 recommendations formulated in the report.

In response to the comments concluding the inquiry, we recognize that work remains to be done to address the social problems in Nunavik. The NRBHSS and the health institutions are continuing their efforts at consolidating and developing services for youths and families to ensure the wellness of all *Nunavimmiut*.

To name but a few, the housing shortage, food insecurity and an unstable job market are all factors contributing to the range of social problems. We are aware that the situation of Nunavik children remains and will remain fragile as long as those social and economic factors are not resolved.

To ensure success in the efforts of our health and social services network, the future, the health and the safety of Nunavik children must be ensured through community mobilization.

CLINICAL PROJECT

For two years, the NRBHSS and its partners have been working on a clinical project to upgrade our services with regard to troubled youth, addictions and mental health. We have elaborated an approach that focusses on community needs. Our services are developed by them, with them, for them.

Our advisory committees will come up with an appropriate proposal for the service supply. Once the various boards of directors concerned adopt the proposal, it will be incorporated into an implementation plan. This process will be made possible thanks to Health Canada, which has renewed its support through the Aboriginal Health Transition Fund.

PLAN NORD

Several meetings were held last year to discuss the *Plan Nord*. The NRBHSS remains vigilant in that regard, because we want to make sure this project is carried out without harm to our population. Many aspects of this large-scale project will have long-term impacts on our region, and we want those impacts to be positive.

RESIDENTIAL-SCHOOLS SURVIVORS

This issue will remain engraved in our memory for a very long time. Last March, the Truth and Reconciliation Commission of Canada held hearings in Inukjuak and Kuujjuaq. We wish to thank the commission for coming to Nunavik. We are pleased to have given our ambassadors from our 14 villages the opportunity to attend the hearings in Inukjuak and Kuujjuaq, thanks to the Brighter Futures program. We also extend our gratitude to Health Canada, Makivik Corporation and our Inuit Values and Practices Department for their involvement and support. Healing must continue for the well-being of the survivors, their families and our communities.

INUIT MANAGEMENT TRAINING

We are very proud to be involved, through our Inuit Values and Practices Department, in the Inuit Management Training program. This capacity-building initiative clearly demonstrates our organizations' intention to employ qualified Inuit personnel. We congratulate all the participants and salute their courage and determination.

NUNAVIK TOUR

Last March, the NRBHSS embarked on an information tour of Nunavik. The tour began with a stop in Puvirnituq. Visiting each village of Nunavik to discuss health and social services issues with the population and the network professionals is of prime importance. It is also a fine opportunity to check our facilities. The tour will continue into the coming months and in the course of the next year.

NUTRITION NORTH CANADA PROGRAM

On March 29, 2011, the Kativik Regional Government and the Nunavik Regional Board of Health and Social Services cautiously received the adjustments announced recently to the Nutrition North Canada program.

After making the headlines for several weeks, the federal government announced on March 9 that it would expand the list of items eligible for subsidy. The list now includes all food items and most non-food items that were eligible under the Food Mail Program prior to October 2010.

Although this announcement seemingly meets the concerns raised in the past few months by northern residents, it nevertheless ignores the resolution adopted by the KRG board of directors in December 2010. In the past few months the KRG and the NRBHSS have on many occasions asked the Minister of Indian and Northern Affairs, John Duncan, to maintain the Food Mail program until a thorough examination of the actual impacts of the new Nutrition North Canada program is completed.

There are no data available to help us understand or measure to what extent the new program will indeed affect *Nunavimmiut*, especially the region's most vulnerable residents, particularly pregnant women, children, youths, the elderly and single parents. One fact remains: the truncated list of items eligible for subsidy which came into force in October 2010 has already had disastrous effects in the North.

The federal government must initiate a thorough examination of the adverse consequences of Nutrition North Canada as soon as possible, and it must do so in a transparent and accountable manner, through direct consultations with the people living in the North. The expanded list of items eligible for subsidy announced on March 9 by Minister Duncan will be effective for only 18 months. The new and complex rate structure of Nutrition North Canada came into force on April 1, 2011.

In this regard, the KRG and the NRBHSS are pursuing only one objective: making sure that *Nunavimmiut* will continue to have access to healthy food and quality commodities at reasonable prices, that is, prices comparable to those paid by Canadians in other regions. The federal government must make sure that Nutrition North Canada does not destroy years of efforts to reduce the cost of living in our region, years of efforts to improve the health and other critical aspects of life of the people living in the North.

HEALTH AND SOCIAL SERVICES AGREEMENT: STRATEGIC PLAN

On February 15, 2011, an agreement on the provision and funding of health and social services in Nunavik was signed between the Government of Québec and the Nunavik region in Québec City. This agreement marks the outcome of a long and sometimes challenging process.

On March 6, 2009, Minister Bolduc, Minister Thériault and the NRBHSS signed a framework agreement that signalled the Quebec Government's commitment to work together toward that goal. On July 5, 2010, Premier Jean Charest and Ministers Thériault and Corbeil were in Kuujjuaq to announce that the Quebec Government and the Nunavik Regional Board of Health and Social Services had concluded a seven-year agreement on the delivery and funding of health and social services in Nunavik.

The signature of this agreement was another crucial step confirming the commitment of the *ministère de la Santé et des Services sociaux* toward *Nunavimmiut.*

Our regional strategic plan on health and social services in Nunavik was under way well before this framework agreement. For several years, we at the Nunavik Regional Board of Health and Social Services had been working with our partners at the Inuulitsivik and Tulattavik Health Centres on the plan.

That was the first time since the signature in 1975 of the *James Bay and Northern Quebec Agreement* that Nunavik's health and social services needs have been the subject of a thorough assessment and plan.

First, we had to determine the health and social conditions of our population. Then we identified our priorities for action for the next seven years. We know our population and we know its needs. That is why our priorities are youth protection, social services and psychiatric services.

We also defined a community-centred approach. Our services will be delivered in an integrated manner, and our professionals and staff will work together as a team and not in a top-down structure.

Services require personnel and infrastructure. Therefore we listed our needs in that regard in our strategic plan.

Signature of the agreement provides new funds for developing services and installations over the next seven years. This is a major accomplishment we can all be proud of.

FINANCIAL UPDATE ON THE ACCUMULATED DEFICIT AND OPERATING BUDGET

Since its creation, the Nunavik Regional Board of Health and Social Services has had to ensure management in spite of much difficulty in order to respond to the population's needs. These difficulties have been the topic of much discussion with the *MSSS*, and the NRBHSS has always maintained that the region is underfunded when it comes to offering all the services required.

We are pleased to announce that the *MSSS* has arrived at the same conclusion and will inject new funds and make the necessary adjustments relative to fiscal 2009-2010 and 2010-2011.

Therefore, for fiscal 2009-2010, various amounts have been applied to the reimbursement of the accumulated deficit as a one-time payment to erase the entire deficit as of March 31, 2010, as follows:

TULLATAVIK	INUULITSIVIK	TOTAL
$28 394 950	**$100 117 240**	**$128 512 190**

Adjustments were also made to the 2010-2011 operating budget (recurrent budget added to existing budgets):

TULLATAVIK	INUULITSIVIK	TOTAL
$7 475 433	**$17 933 353**	**$25 408 786**

For fiscal 2011-2012, given the new funds granted by the *MSSS*, both health centres will start with balanced budgets.

However, the NRBHSS still has a deficit of $5 209 874. We still have to negotiate with the *MSSS* concerning our annual deficit of $600 000.

NORTHERN QUEBEC MODULE (*MNQ*)

On March 2, 2011, the Nunavik Regional Board of Health and Services announced the relocation on April 9 of the Northern Quebec Module (*MNQ*) from the Notre-Dame-de-Grâce district to the YMCA Residence due to lease termination in April 2011.

The building, located at 4039 Tupper Street, Westmount, has three floors with 150 beds, a cafeteria and laundry facilities. It provides close proximity to the services of the McGill University Health Centre (MUHC), which are part of the services delivered by the McGill integrated university health network (*RUIS*).

This relocation enables the *MNQ* to deliver its services, previously accessed in various locations, in one building. Nevertheless, the *MNQ* is pleased to maintain the services of Chez Gigi and Michèle, a resource where pregnant women encountering complications during pregnancy can stay.

Patient security is our priority. The YMCA building provides high security measures with security guards assigned to every floor 24 hours a day, seven days a week. Each user is registered and access to the building is monitored.

We are continuing our search for a building in Montréal where the *MNQ* can relocate permanently. The YMCA Residence remains a short- and medium-term solution. Our objective is still to offer a permanent place to Inuit who must travel to Montréal for specialized health care unavailable in Nunavik.

NUNAVIK SCHOOL GAMES

The first Nunavik School Games were held from April 7 to 13, 2011, in Kuujjuaraapik. They were organized chiefly by the Kativik School Board, the Kativik Regional Government, the Nunavik Regional Board of Health and Social Services and other partners.

The 14 communities of Nunavik were proudly represented by their respective school teams. We were very pleased to welcome our neighbours from Nunavut and the Cree community of Whapmagoostui.

Held in a healthy, educational environment, the event brought together more than 200 youths aged 11 to 16 years and representing 16 schools. These young athletes demonstrated their skills in at least five sports disciplines such as cross-country running, volleyball, soccer, basketball and floor hockey.

The event also gave the Nunavik Regional Department of Public Health an opportunity to organize, on the sidelines of the Nunavik School Games, several awareness activities on the following themes: physical activity, nutrition, diabetes, smoking and infectious diseases.

The children were very motivated to work in teams, driven by the hope that their school would win the Nunavik School Games Cup for excelling in most competitions, the Health Challenge Cup for accumulating the most health points or the Sports Ethics Cup for demonstrating sportsmanship and team spirit.

We wish to congratulate the winners and all the participants. We would also like to congratulate the organizers and our partners, who have made this event a sheer success that, I hope, will be repeated next year.

NUNAVIK HEALTH AND SOCIAL SERVICES PRIORITIES IN 2010-2011

We would like to remind you that priorities were set at the last AGM, in October 2010, for the period from April 1, 2010, to March 31, 2011, as follows:

1. ensure services to prevent fetal alcohol spectrum disorder (FASD);
2. strengthen Inuit cultural identity through healing and develop cultural approaches to improve well-being;
3. establish supportive ties and offer services to reinforce the family environment.

Youth protection, the Northern Quebec Module and services outside the region are among the issues that remain at the centre of our concerns.

To conclude, I wish to acknowledge the remarkable work of our health and social services professionals and staff. Their every action contributes significantly to improving our state of health. It is important to recognize their work, which is often performed in a difficult context.

That is why we must continue to offer them incentives to remain in the region, if we want to continue to provide high-quality and appropriate health and social services. One important incentive is sufficient housing, as our labour force will continue to grow in the future.

We will not give up and must therefore work together toward our goals. In this regard, we would also like to thank our partners and the members of the health and social services network for their exceptional cooperation, support and contribution.

Alasie Arngak

Boards of Directors of the Nunavik Health and Social Services Network

The *Act respecting health services and social services and amending various legislative provisions* (R.S.Q., 1991, Chapter S-4.2) clearly outlines the responsibilities, rights and powers of board members. The statute also provides for more precise mechanisms to ensure board members are accountable and that their duties are carried out in an open manner.

The responsibilities of board members differ from those of the directors. Board members are required to:

- establish their organization's priorities and orientations;
- ensure the services offered are relevant, efficient and of good quality;
- ensure user rights are respected and their complaints processed within reasonable periods;
- ensure human, physical and financial resources are used economically and efficiently;
- ensure the workers of the institutions are committed and motivated and have opportunities for professional development.

Board of Directors of the Regional Board

Some changes occurred within the regional board's board of directors during the year.

- Johnny Qaqutuq — Akulivik representative
- Kitty Annanack — KRG representative

- The position of representative of Akulivik was assumed by Sarah Anautak, Jr. on February 23, 2010; she was replaced by Johnny Qaqutuq on April 20, 2010.
- Andy Moorhouse, representative of the KRG, was replaced by Kitty Annanack on April 20, 2010.

The board of directors of the regional board is composed of the following persons:

- one representative appointed by each northern village included in the territory referred to in section 530.1 (14 members);
- the executive director of each institution and another person appointed by the members of the board of directors of each institution, chosen from among the persons referred to in paragraph 1 of section 530.13 (four members);
- a regional councillor appointed by the board of directors of the Kativik Regional Government (one member);
- the Executive Director of the regional board (one member).

We would like to congratulate the newly elected members. We also wish to acknowledge the members who have left us and to thank them for their past efforts.

During the session of December 5, 2010, a new executive committee was appointed by the members:

Arngak, Alasie	Chairperson, representative of Kangiqsujuaq
Weetaluktuk, Eva	Vice-Chairperson, representative of Inukjuak
May Jeannie	Secretary, Executive Director of the NRBHSS
Pomerleau, Madge	Member of the executive committee, Executive Director of the UTHC
Snowball, Bobby Sr.	Member of the executive committee, representative of Kuujjuaq

Composition of the Board of Directors on March 31, 2011

Executive Committee

Arngak, Alasie	Chairperson, representative of Kangiqsujuaq
May, Jeannie	Secretary, Executive Director of the NRBHSS
Pomerleau, Madge	Member of the executive committee, Executive Director of the UTHC
Snowball, Bobby Sr.	Member of the executive committee, representative of Kuujjuaq
Weetaluktuk, Eva	Vice-Chairperson, representative of Inukjuak

Board Members

- Angutinguak, Daisy — Aupaluk representative
- Annanack, Kitty — KRG representative
- Baron, Christina — Kangiqsualujjuaq representative
- Beaudoin, Jane — Inuulitsivik Executive Director
- Kulula, Louisa — Quaqtaq representative
- Kumarluk, Willie — Umiujaq representative
- Mangiuk, Qumaq L. — Ivujivik representative
- Munick Kauki, Annie — Tasiujaq representative
- Niviaxie, Lizzie — Kuujjuaraapik representative
- Padlayat, Josepi — Inuulitsivik BOD representative
- Pauyungie, Illashuk — Salluit representative
- Qaqutuk, Johnny — Akulivik representative
- Snowball, Bobby Sr. — Kuujjuaq representative
- Tukkiapik Carrier, Lucy — Kangirsuk representative
- Uitangak, Elisapee — Puvirnituq representative

No policies were adopted or modified during the year.

Executive Management

Message from the Executive Director

Upon my return from maternity leave in January 2010, the Nunavik Regional Board of Health and Social Services was fully occupied with its priorities, including negotiations with the *ministère de la Santé et des Services sociaux* concerning our regional strategic plan. We are proud to announce completion of the plan, in August 2010, thanks to the ceaseless efforts of our team at the NRBHSS, the support of our board members and the collaboration of the *MSSS*. With the well-being of *Nunavimmiut* at the core of our mission, we enabled the health and social services network to maintain and improve the service supply destined for the population.

On February 2, 2010, we presented our status report to the Parliamentary Committee, which received it favourably.

During the year, we also worked closely with the Inuulitsivik and Ungava Tulattavik Health Centres as well as our board of directors on important portfolios, such as the relocation of the Northern Québec Module, a service that provides lodging and other support for patients travelling to Montréal for health care that is unavailable in the North. At present, we have a temporary solution, and we are continuing our search for a permanent one that responds to our needs.

Another priority this year was youth rehabilitation services. We attended a meeting that included the executive committees of the NRBHSS, the IHC and the UTHC, where we discussed ways to better orient these essential services.

We are also involved in the *Plan Nord* as well as in some very important discussions with *Nunavimmiut* and government representatives on this development project.

The issue of residential schools was among our priorities this year. This chapter of our history has had long-term negative effects on our collective lives. Today, the Inuit are confronted by challenges that return generation after generation; we must find solutions to ensure our healing. With the testimonies by former students of residential schools and their children, I hope we receive all the necessary support from all levels of government. This unresolved trauma represents a major obstacle to our well-being, and we must deal with the situation in order to plan our future.

Finally, I would like to thank my team and the directors for their unending efforts at supporting me in my responsibilities and for ensuring that the priorities identified by our board of directors receive all the necessary attention. I also wish to thank our regional partners for their ongoing support and cooperation toward a positive future for Nunavik. Last, I extend my gratitude to our board of directors and our Chairperson, Alasie Arngak, who once again demonstrated her commitment to the region and its population. This year was filled with success; let us hope for the same in the coming years. *Nakurmiik*!

Jeannie May

Nunavik Regional Government

The year 2010-2011 saw much work on the Nunavik Regional Government (NRG) portfolio. The final agreement on the creation of that body and the comments received throughout the process were discussed among the three parties to the negotiations: Makivik Corporation, the Government of Canada and the Government of Québec. The members of our board of directors received regular updates on the amalgamation of the three public agencies—the Kativik Regional Government, the Kativik School Board and the Nunavik Regional Board of Health and Social Services—as well as on the Nunavik Assembly (an elected body), its organization and powers, the transition period and the implantation plan.

The negotiators reached consensus on the wording of the final agreement; subsequently, accompanied by a support team, they visited all the villages in order to inform the population. Public meetings, during which the negotiators answered questions, were held in each community.

The final agreement explains the two-phase implantation of the Nunavik Regional Government. The first phase consists of the creation of the regional government through the amalgamation of the three public bodies mentioned above as well as the definition of its legal status, powers and responsibilities, structure—Nunavik Assembly, Executive Council—and administration. The initial phase also covers the elections of the Nunavik Assembly and the Executive Council, the financial framework, the assembly's advisory councils and special advisory bodies, the bilateral committee concerning the Naskapi and, finally, the relations with the different levels of government, Makivik, the Cree Nation, the First Nations and the neighbouring Inuit regions of Canada. The first phase ends with the transition committee and the transition directorate.

The goal of the second phase of the final agreement "shall be the negotiation of a supplementary agreement or supplementary agreements which could provide, as the case may be, new powers to the NRG as could be defined in such supplementary agreement or supplementary agreements and which could be inspired by the recommendations found in the 2001 report of the Nunavik Commission entitled *Let Us Share: Mapping the Road toward a Government for Nunavik*."

The *Nunavimmiut* were invited to express their opinion on the final agreement during a referendum held April 27, 2011. The majority of the voters voted no to the final agreement concerning the creation of the Nunavik Regional Government.

Emergency Prehospital Services and Emergency Measures

Emergency Prehospital Services

In 2010-2011, most of the 12 communities where the first-response service has been implanted were able to stabilize that service. Complete training for the first responders was given in the following villages and was offered in other communities:

Inukjuak:	May 2010
Salluit:	September 2010
Kangiqsualujjuaq:	October 2010
Kangirsuk:	November 2010
Kangiqsujuaq:	February 2011

In March 2010, the first upgrade training to date was offered in Nunavik. The ultimate goal of upgrade training is to maintain the responders' basic skills and improve their abilities by teaching them new protocols. Thus, in the near future, they will be able to use patient-stabilization equipment that they are presently unable to use due to lack of adequate training.

The training program was therefore modified to enable the first responders to acquire more skills. This year, that new training was provided in Inukjuak, Umiujaq and Kuujjuaraapik, with the level adjusted according to the responders' respective levels in each village. In the future, it will be maintained to ensure all first responders have access to it, and it will be upgraded as the responders progress.

Nunavik first responders provided services on more than 810 occasions during the year. Over the course of an entire year, that represents an average of three interventions per day for the entire region.

This year, a register of first responders for the Nunavik territory was created. The register will enable us to monitor the first responders' progression in each village. It should prove very useful in the provision of adapted training in each village, according to the degree of acquired skills. An identification card was also produced for the responders who have completed the basic training or the annual recertification training. Starting in

January 2012, each first responder working on the territory will be required to possess the card, which will serve as proof of NRBHSS accreditation.

More and more women are joining the ranks of the first responders. It is interesting to note that currently, a little more than 22% of the region's responders are female.

It is important to recognize the admirable work performed by these teams. First responders are individuals devoted to their community. We also recognize the local coordinators, who, in their respective communities, are involved in the provision of prehospital services and assume responsibility for part of the training logistics, thus ensuring successful training sessions.

Finally, we also wish to point out the excellent collaboration of the Kativik Regional Government in this area. Pursuant to an agreement between the NRBHSS and the KRG, training was made much more accessible thanks to additional funding from the KRG's Employment and Training Department.

Emergency Measures, Health Mission

This year, training was organized to consolidate the NRBHSS emergency team, which is sometimes subject to high personnel turnover. The members' role within the team was clarified for improved comprehension and cohesion and to facilitate coordination in case of emergency.

Training in psychosocial matters was also provided for the front-line workers of the various communities on the Ungava coast. The role of psychosocial workers is to provide psychological support for victims and their families in the event of a disaster (defined under the *Civil Protection Act* as "an event caused by a natural phenomenon, a technological failure or an accident, whether or not resulting from human intervention, that causes serious harm to persons or substantial damage to property and requires unusual action on the part of the affected community, such as a flood, earthquake, ground movement, explosion, toxic emission or pandemic") in the region. Such support is often essential in the short term but can also be provided over the longer term, depending on the situation.

To grasp fully the notion of disaster, we need to take into account the discrepancy between the level of need associated with the situation, on the one hand, and on the other, the ability of the authorities to respond to those needs.

Department of Planning and Programming

Message from the Acting Director

I arrived at the regional board during the second quarter to serve as consultant and supervise the professionals and the activities under way. Among our accomplishments in 2010-2011, I wish to highlight the excellent work of the Planning and Programming team, which devoted much effort to the clinical project launched in 2009 following the Government of Québec's reform to the *Act respecting health services and social services*.

The following are among the objectives pursued by the regional board in partnership with the two health centres:

- improvement and development of services for youths in difficulty and their families, psychiatric services and substance-abuse services destined for youths and their families, which are priorities recommended by the steering committee for partners of the Nunavik health and well-being network;

- strengthening of partnerships in order to provide an adequate and coordinated service supply for *Nunavimmiut* with the goal of facing the challenge of ensuring services in a context of complex social problems.

The involvement of leaders and associations in the process has revealed the necessity of developing a new way of designing services and programs in Nunavik to ensure that the Inuit are at the heart of the process.

The work performed by the committees has helped shed light on the effects of unresolved historical trauma, the issue of residential schools and the massacre of dogs, which are among the roots of today's social problems, as well as the intergenerational transfer of those problems.

Inuit empowerment relative to their society was diminished by "the establishment of governmental social services [that] erased traditional methods of supporting persons in difficulty without adapting to Inuit culture and realities."[1]

The clinical project offers the Inuit an opportunity to reappropriate power over orientations in the health system and ensure that services reflect their values, desires, needs and culture while respecting the legislative framework.

[1] "Inquiry on youth-protection services on the Ungava and Hudson coasts, NUNAVIK. Report, inquiry conclusions and recommendations." *Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse*, Québec, p.5.

The year 2010-2011 saw collaboration and action among all the key actors from the various Inuit associations and community organizations, cross-sector partners, health centres and the NRBHSS. Such sustained mobilization and investment required a serious commitment from all the organizations and individuals involved in this important process. We wish to thank them for their valuable commitment and the trust they place in the process of the clinical project.

Much work remains before recommendations are set forth. The process of change demands sustained and ongoing commitment from the regional board and the health centres over the coming year.

Together, we can make the most of the opportunity to do things differently to improve the well-being of *Nunavimmiut*.

Claude Bouffard

Clinical Project

The clinical project is a revision of health and social services required by the Government of Québec. In Nunavik, this process was launched in the fall 2009 by the region's two health centres and the NRBHSS. First, both health centres decided to revise the services under the service programs for youths in difficulty, mental health and addictions.

Priorities among the Services to Improve or Develop

Within the three service programs identified as priorities, several services were deemed as requiring improvement or as non-existent in the region. With the goal of deciding which services should be improved or developed as priorities in the region, a steering committee for the health and well-being partners in Nunavik was created. That committee brought together more than 30 organizations from the community and institutional sectors between June 2 and 4, 2010, in Kuujjuaq. Below are the priorities jointly identified during the meeting:

Youths and families

- reinforcement of a regional program for parental support and development of a network of community resources to support families;
- development of mechanisms to involve the community in the process of youth protection;
- development of a program for alternative justice measures for young offenders.

Mental health

- development of a regional suicide-prevention strategy;
- development of a regional prevention and promotion program in mental health;
- reinforcement of residential resources for persons with chronic psychiatric problems.

Addictions

- development of a regional strategy for preventing foetal alcohol syndrome (FAS) and services for diagnosis, intervention and support for individuals and families already living with FAS;
- development of a community network of Inuit addictions advisors;
- development of a complete program on substance abuse for the clientele aged 6 to 12 years.

Further, the steering committee enabled refocussing the clinical-project process on a major demand from the Inuit representatives. The partners asked that the Inuit be significantly involved in each step of the formulation of recommendations relative to services. Response to that

demand was reflected in the composition and functioning of the committees tasked with formulating recommendations and which will be set up starting in the fall 2011.

Setup of Committees and Work Progress

In the fall 2011, for each service program under revision, an advisory committee that included representatives from all the organizations wishing to participate in the formulation of recommendations was created. Those committees, for the majority consisting of Inuit representatives, review the recommendations made by smaller working committees. The advisory committees must ensure that the recommendations are based on Inuit values, needs, desires and culture, are feasible and realistic, and also that they are supported by the organizations concerned. Each of the advisory committees and working committees created has elected an Inuit chairperson who will ensure that the recommendations are set forth and successfully promoted.

Besides the three advisory committees, the following working committees were set up during the year:

- Qiturngavut;
- committee for community involvement in the youth-protection process;
- committee for residential resources for persons with chronic psychiatric disorders.

Other working committees are being created.

Children, Families and Youths

The principal task of the team for programs for children, families and youths is to ensure implantation of the *MSSS' Offre de service – Jeunes en difficultés 2007-2012* [Service supply for youths in difficulty, 2007-2012], i.e., develop services to support youths in difficulty aged 0 to 18 years and their families and ensure that those service programs are in harmony with the youths' specific social realities and Inuit cultural values.

The team consists of an advisor and two Planning and Programming officers. The period covered by the present report was marked by the end of the *CDPDJ* investigation (September 2010) as well as the deployment of new psychosocial rehabilitation resources for youths.

Children, Families and Youths: Front-Line Services

Programs for Neglect and Parental Support

Significant progress was made in establishing parental-support programs in Nunavik to counter neglect.

The work of the Qiturngavut Committee advanced sufficiently for official presentation to the youth advisory committee in the spring 2011. Qiturngavut Committee members believe that problems linked to neglect must be dealt with jointly by the institutions and organizations, given that:

- front-line services need to be reinforced;
- CLSC services must be explained to and promoted among the population;
- substantial efforts must continue for the hiring and retention of Inuit personnel in the health and social services network;
- the five parental-support programs identified by the committee are considered as being among the best Inuit parental practices and valid for implantation;
- the various organizations are revising their functioning to facilitate exchange of expertise and partnership;
- the development and evaluation of the community network, particularly the family-oriented organizations, are considered as priorities and are actively supported by the health and social services institutions.

These recommendations in view of implanting a program for neglect were presented to the youth advisory committee and were received positively.

Children, Families and Youths: Second-Line Service Programs

Youth Protection

Highlights

- The year 2010-2011 focussed on the consolidation of the youth-protection teams and the promotion of increased involvement of Inuit workers in those teams and in the management teams.
    - The training and mentoring program for Inuit workers organized jointly with Marie-Victorin College is under way.
    - The two directors of Youth Protection are enrolled in a two-year training program for Inuit managers.
- The clinical work in preparation for implantation of the computer system for the youth action plan is advancing well, and a regional implantation plan is under discussion.

Development of New Rehabilitation Resources for Youths

Highlights

- Construction of two new specialized resources for children aged 6 to 11 years, one in Kuujjuaq and the other in Kuujjuaraapik.

- Implantation and follow-up of the Ulluriaq Project, Boscoville 2000, in Montréal. The two rehabilitation units with intense, dynamic supervision have been in operation since May 2010. It is a project headed by the NRBHSS jointly with Boscoville 2000 and can admit up to 16 adolescents (aged 12 to 18 years): eight girls and eight boys. The combination of the Circle of Courage approach and the psychoeducative approach along with the inclusion of Inuit cultural activities and respect for Inuit specificity appear to give good results.

- The work toward patriation of the two units (eight boys and eight girls) to Nunavik suffered some delays. At the end of fiscal 2010-2011, construction of a rehabilitation centre for girls was not yet approved. The fact that the position for regional director of youth rehabilitation has been vacant since June 2010 delayed upgrades to the team and the installations of the Sapummivik Rehabilitation Centre for boys aged 12 to 18 years (Salluit).

- Consolidation of the Nunavik Regional Access Service, which enables centralizing entries, exits and transfers for residential and rehabilitation services for Nunavik youths referred to those services by the DYPs or the CLSCs. The access service has been functional since March 2010.

Partnership Work toward Reorientation and Development of Programs, Clinical Projects

Highlights

- Consolidation of the regional DYP-Rehabilitation-CLSC committee, especially the DYP-Rehabilitation subcommittee. Created in 2008 as a result of the *CDPDJ* intervention, the committee brings together the principal regional actors of the network who work with youths in difficulty and meets six times per year.

- Constitution of the youth advisory committee in October 2010. It is made up of representatives of 14 organizations; most of its members (10) and its chairperson are Inuit. Its mandate is to provide recommendations to improve the service supply to:

    a) counter neglect and develop parental skills;
    b) develop ways to involve the community in the youth-protection process;
    c) develop alternative-justice initiatives for young offenders eligible for extrajudicial measures (*YCJA*).

Points a) and b) are covered by two working committees.

Youth Addictions

- Organization of the regional addictions committee in May 2010, bringing together the principal local actors concerned with the problem of addictions among young *Nunavimmiut*.

- The positions for pivot workers in youth addictions were posted in the fall 2010. At the Inuulitsivik Health Centre, the worker has been in place since November 2010. At Tulattavik, the position remains vacant.

Children, Families and Youths: Perspectives for 2011-2012

- Complete the team.
- Continue the partnership work (youth advisory committee and its three working committees) toward reorientation and development of programs that respect Inuit values and respond to the specific needs of young *Nunavimmiut* and their families.

Front Line

- Support application of the Qiturngavut Committee's recommendations.
- Support the CLSCs in developing or consolidating the teams for children, families and youths.
- Based on the conclusions of the Maurice report, design a plan to set up services for children and youths with intellectual impairments.
- Begin the work in view of establishing close collaboration between the Nunavik health and social services network and the Kativik School Board.

Second Line

- Support the work toward the creation of a youth centre in Nunavik.
- Contribute to the formulation of the working committee's recommendations for community participation in the process of youth protection and to the establishment of the committee for alternative-justice initiatives for young offenders.
- Support the deployment of services and resources destined for the families of youths in difficulty placed under youth protection.
- Develop processes for the accreditation of foster families as well as services for training, clinical support and respite for foster families.

- Supervise and support preparatory work for the opening of services for the clientele aged 6 to 11 years, notably the selection and training of two Inuit couples who will serve as foster families.
- Support the work toward patriation of the boys' unit under the Ulluriaq Project (Montréal) to the Sapummivik Rehabilitation Centre (Salluit) and prepare the conditions for patriating the girls' unit.
- Support the first phase of the regional implantation of the system for the youth action plan, including training, adjustment and testing.
- Set up the regional committee for follow-up to application of the cross-sector agreement and support the training on application procedures destined for the workers of partner organizations.

ADULT AND COMMUNITY SERVICE PROGRAMS

This team's task is to support the Department of Planning and Programming. It consists of an advisor and five officers who see to the development and deployment of a service supply adapted to the reality and needs of our region's clientele:

- mental health, suicide prevention, men's health and well-being;
- family violence and sexual assault;
- persons lacking autonomy and physical rehabilitation;
- substance abuse and addictions;
- community organizations, support for resource development.

The team offers its support and expertise at the regional level to ensure progress in certain important strategic portfolios. For example:

- opening of the multifunction residential centre in Kangiqsualujjuaq (M-19) in December 2010 in with our regional and provincial partners;
- creation of two regional advisory committees and progress in clinical projects for mental health and addictions, two regional priorities.

What follows is a summary of the progress in our respective portfolios in 2010-2011.

Mental Health, Suicide Prevention, Men's Health and Well-Being

Mental Health

- Creation of an advisory committee for mental health and a working committee for improving residential psychiatric resources. The committees consist of regional partners and pursue the objective of formulating recommendations for improving psychiatric and suicide-prevention services in Nunavik by paying particular attention to the programs' cultural validity.
  - The committee placed priority on suicide prevention, promotion and prevention in mental health and improvement of residential resources for persons with severe, chronic psychiatric disorders.

- Support for the completion of projects funded under Health Canada's Aboriginal Health Transition Fund. Evaluation of project processes and formulation of recommendations for improving psychiatric services and designing improvement projects.
  - The project led to recommendations aimed at placing priority on the development of a front-line team dedicated to mental health and the adoption of a community approach for prevention, promotion and intervention in the area of mental health.

- Support for deployment of the program for community liaison wellness workers. Support for training destined for coordinators and agents, for creation of a plan of action for the program and for the setup of activities.
  - Development of a community model for promotion and prevention in mental health adapted to the needs identified by the community wellness committees.

- Cooperation in the setup of training activities for local workers of the three residential psychiatric resources: crisis centre, reintegration centre and supervised apartments.

Suicide Prevention

- Follow-up to training activities in prevention and aftercare in the villages.
- Support for ASIST trainers and organization of six workshops on suicide prevention.
- Support for the development of a regional strategy for suicide prevention.

Men's Health and Well-Being

- Analysis of the services to set up in accordance with the governmental plan of action relative to men's health and well-being.

Research Project in Mental Health Funded by the Aboriginal Health Transition Fund

- This project was created as a response to the needs identified in the region relative to mental health, particularly for young persons.

- An action-research project during which two teams, one for each health centre, visited the region's 14 communities was set up. During those visits, professionals and representatives of local organizations were interviewed and public assemblies were held. These meetings enabled the gathering of information concerning the Inuit vision of mental health and its determinants as well as the need to adapt services.

- This project led to the formulation of several recommendations for improving psychiatric services in Nunavik. The recommendations primarily concern the adoption of a community approach for promotion, prevention and intervention in mental health and the improvement of the provision of psychiatric services in the CLSCs and health centres. These elements will directly influence developments in matters of psychiatric services in the region:

- support for the development and maintenance of the program for community liaison wellness workers;
- development of front-line teams dedicated to mental health;
- ongoing training for community workers on, among other things, crisis management and application of the *Act respecting the protection of persons whose mental state presents a danger to themselves or to others*;
- continuation of the clinical project in mental health and use of the research data for developing new services.

Family Violence, Sexual Assault and the Status of Women

The department carried out public-awareness projects aimed at reducing family violence and sexual assault in the region. It also supported the development of services for victims of violence and sexual assault through promising partnerships between various regional bodies.

- **Pilot project for nature outings for women victims of violence.** Thanks to the support of Pauktuutit Inuit Women of Canada, a pilot project was set up to enable Kuujjuaq women victims of violence to participate in five-day, outdoor healing workshops in June 2010. Those workshops aimed at developing leadership and well-being through culturally adapted activities (group discussions, fishing, sewing workshops, storytelling, etc.).

- **Development of medical and psychosocial services for victims of sexual assault.** Support was provided for the health centres to pursue the work at designing a psychosocial-intervention guide and a medicosocial-intervention protocol adapted to the North. Training destined for the medical and psychosocial personnel of Nunavik was given in several communities.

- **Regional campaign for Nunavik Day for the Elimination of Violence (November 25, 2010).** This awareness campaign consisted of mobilizing and supporting the communities in organizing their local initiatives. Moreover, a calendar featuring drawings by young *Nunavimmiut*, a wallet-sized reference card and a keychain listing Nunavik resources were distributed to all post office boxes in the region.

- **Colloquium of the network of Native women's shelters of Québec.** This event was held over five days in September 2010 in Kuujjuaq. The objective was to consolidate the approach to family violence in the network of women's shelters, to which the Nunavik shelters belong.

- **Regional meeting on family violence and sexual assault.** In September 2010, a meeting with several organizations (health centres, women's shelters, police, Youth Protection, women's associations, etc.) was held with the goal of strengthening regional partnerships and discussing the prevention activities and actions set up in Nunavik.

- **Strengthening capacities of women's shelters.** Meetings and training sessions were organized for the directors and personnel of the women's shelters to facilitate their networking and improve services for victims of violence.

Persons Lacking Autonomy, Elders and Rehabilitation

Home and Community Care

- Home- and community-care services were offered to 573 clients.
- The majority of clients were between 26 and 90 years old.
- The total number of hours of services delivered was 18 203:
  - assisted living: 6 358 hours;
  - nursing: 2 347 hours;
  - case management: 2 418 hours.
- Ninety percent of services consisted of maintenance and long-term supportive care.
- Two members of Inuulitsivik's home- and community-care team received training on statistics in December 2010 in Montréal.
- A member of the Ungava Tulattavik Health Centre's home- and community-care team presented a Nunavik success story during a regional HCC meeting attended by First Nations partners in January 2011. Topics included: HCC service delivery on the Ungava coast, application of the Multiclientele Assessment Tool, resources for elders and regional awareness-raising campaigns.

Elders

- Collaboration with partners to expand the range of services for elders (utilizing part of the Sailivik Nursing Home in Puvirnituq for four long-term beds, opening of M-19

multifunction facility in Kangiqsualujjuaq, further development of the network of nursing homes in the region).

- Collaboration with the health network, the Kativik Regional Government and other partners on use of the Usijiit vehicle, creation of a resource directory for Nunavik elders, organizing regional awareness-raising campaigns related to elders' issues.
- Collaboration with the *AQDR* and the health network on adapting the tool and offering training on the SOS-Abuse Kit (prevention, screening and intervention in elder-abuse cases).
- Launch of the second regional campaign to raise awareness on elder abuse. Ten Nunavik communities collaborated with local partners and organized activities for the elders, their families and community members on June 15, 2010.

Rehabilitation

- Collaboration with the health network to select a team of experts to produce an updated version of the 2003 study *Assessment of Needs of Physically and Intellectually Disabled Children and Adults in Nunavik.*
- Collaboration with the Kativik Regional Government's day-care department and the health network's rehabilitation teams on improved integration of children with special needs in day-care centres.

Community Organizations

This year, we provided funding for 12 community organizations of the region. The fund for community organizations is meant to support the network's existing resources and develop community action in the region. It assists the organizations and provides adequate support as follows:

- ensure follow-up to the funding for organizations through the *MSSS* support program for community organizations (SPCO) and the maintenance of the budget committee within the regional board;
- design a reference and management framework; organize policies and procedures that respect our organizations' regional particularities;
- facilitate networking among existing organizations whose objective is to share knowledge and provide mutual assistance in the network;
- ensure support for existing organizations and see to the future development of community organizations on the Nunavik territory in accordance with regional needs;
- ensure the presence of local respondents at each health centre in order to facilitate local action in the villages leading to the opening of new community organizations in the region;
- collaborate in organizing training sessions to support the organizations' boards of directors in their functions.

COMMUNITY ORGANIZATIONS: 2010-2011 BUDGET

ORGANIZATION	ACTIVITIES	VILLAGE	BUDGET
Tunngasuvik	Women's shelter	Kuujjuaq	$602 092
Initsiaq	Women's shelter	Salluit	$502 092
Tunngavik	Women's shelter	Kuujjuaraapik	$100 000
Ajapirvik	Women's shelter	Inukjuak	$200 000
Tusaajiapik Residence	Nursing home	Kuujjuaq	$252 000
Sailivik Nursing Home	Nursing home	Puvirnituq	$150 000
Qilangnguanaaq	Nursing home	Kangiqsujuaq	$150 000
Isuarsivik	Treatment centre	Kuujjuaq	$600 000
Ungava Community Residence	Supervised apartments	Kuujjuaq	$300 000
Uvattinut Community Residence	Supervised apartments	Puvirnituq	$100 000
Saturviit Inuit Women's Association of Nunavik	Women's association	Inukjuak	$50 000
Qajaq Network	Men's association	Kuujjuaq	$126 000
		TOTAL	**$3 132 184**

Medical Affairs and Physical Health

This team consists of an advisor, an officer for medical affairs and physical health and a medical advisor (*DRAMU*).

In accordance with ministerial and regional priorities, the team's mandate is to plan the coordination of and access to programs and services in physical health, notably in front-line activities such as emergencies, general, specialized and ultraspecialized care (*RUIS*), and the fight against cancer.

Areas of action

1. Medical affairs:
   - regional medical-manpower plan and organization of specialized medical services;
2. Physical health:
   - front-line medical services;

  - the integrated university health network (*RUIS*) and its various committees;
  - clinical support for the development of specialized equipment;
  - the fight against cancer;
3. Various committees:
  - support for the Regional Department of General Practice (RDGP), the committee for the coordination of medical and university affairs (*CCCAMU*), the provincial interregional committee, the McGill *RUIS* committee and regional committees (RCMPS, North-South liaison committee, Project Bureau, etc.);
4. Telehealth
  - regional coordinator of the Virtual Health and Social Services Centre (*CvSSS*).

The team also supports the two health centres and collaborates in hiring and retention efforts for medical manpower.

Accomplishments in 2010-2011

Medical Affairs

- The region saw the arrival of 9 new physicians during the year: 7 for the Ungava coast, 4 of whom are full time, and 2 part time for the Hudson, which meant that we ended the year with a total of 22 physicians on the territory;
- The region hired 2 physicians on clinical fellowships for the fall 2011;
- The region hired 1 foreign physician sponsored by Tulattavik;
- The region accepted medical students for summer internships to allow them to discover Nunavik. This hiring strategy has an influence on their eventual place of practice.
- To end the year, a new executive committee was elected for the Regional Department of General Practice to breathe new life into the team. The committee will contribute to the optimal management of the various regional portfolios.

Physical Health

The medical-affairs team contributed to:
- the organization of front-line medical services and partnership with physicians;
- the accessibility and continuity of front-, second- and third-line medical services;
- the development and recognition of activities involving teaching and technology evaluation for the institutions.

Various Committees

- Participation in various committees enabled us to monitor the evolution of regional and ministerial portfolios and defend the region's interests.

Telehealth

The *ministère de la Santé et des Services sociaux* participates in the Canadian Infohealth Highway and obtained funding from that agency for telehealth projects. The *MSSS* has assigned the integrated university health network (*RUIS*) the mandate of deploying telehealth projects in the region. Through the medical-affairs team, the *CvSSS* coordinator participates in:

- the organization and coordination of project meetings within the region;
- the committee of regional project coordinators as well as meetings in order to represent the region's interests in the various aspects covered by the project (notably clinical, technological and involving management of change);
- supervision of progress in the work carried out in the region and rapid identification of shortcomings to be reported to the *CvSSS* project leader so that corrective measures can be proposed.

Department of Public Health

Message from the Director

Below are some highlights from 2010-2011:

- definition of regional priorities for action in public health, in the context of finalizing the NRBHSS regional strategic plan of action. Those priorities are: action among young children, notably through the Nunavik network of early-childhood centres (ECCs or day-cares); the Healthy Schools approach; community development; a regional nutrition policy;
- a more integrative approach for the promotion of healthy and active lifestyles, combining the actions of our workers and partners in various sectors;
- committed application of the Healthy Schools approach in the region;
- persistent outbreak of gonorrheal infections. In spite of our numerous efforts, both regional and local, in 2010 we received the highest number of reported cases of this sexually transmitted and bloodborne infection (STBI), which confirms its epidemic status in the region.

Dr. Serge Déry

Human Resources

In 2010-2011, we succeeded in filling the position of health-promotion officer.

On March 31, 2011, two positions remained vacant:

- regional advisor, prevention and control of infectious diseases: in spite of several postings, we were unable to hire someone with the qualifications required for this position;
- environmental-health officer: the posting made with the Public Health Agency of Canada (PHAC) did not yield the expected results. However, a second posting with the PHAC in the spring 2011 should enable us to fill this position by the fall 2011.

Protection of Public Health

There was much activity in this sector.

Infectious Diseases

Reportable, non-STBI Diseases (*MADO*)

- For the first full year (2009), the Department of Public Health (DPH) received and processed reports of 44 *MADO* cases other than STBIs (in comparison, 49 cases were reported the previous year). Twelve cases of active tuberculosis were reported during all of 2010 (21 cases in 2009). The work at training and supporting the personnel involved with the affected communities continued.

Sexually Transmitted and Bloodborne Infections (STBIs)

- During the 12-month period from January 1 to December 31, 2010, 199 cases of gonorrhea were reported in Nunavik, which constitutes an increase of 21 cases compared to the previous year. This is the highest annual total of gonorrhea cases ever reported in Nunavik. It also confirms the epidemic situation facing the region, with a number of cases eight times higher than those reported during the years from 1996 to 2005 which preceded the start of the epidemic. This disease particularly affects young persons aged 15 to 29 years. As in previous years, the proportion of cases in the Hudson communities (62%) greatly exceeds that of the Ungava communities (38%).

- Regionally, the number of genital *Chlamydia trachomatis* infections dropped slightly in 2010 compared to 2009 (229 cases in 2010, 249 cases in 2009). However, as with

gonorrhea, the region is characterized by incidence rates that are clearly higher than those for Québec as a whole.

- Finally, the data from the Québec program for monitoring HIV infection indicate that between January 2002 and July 2009 (a period of seven years), 10 HIV-positive cases were reported for the Inuit living in Québec. Over the past five years, three new cases of chronic carriers of hepatitis B and three new cases of hepatitis C were reported.

Occupational Health

Preventive Withdrawal of Pregnant or Breast-Feeding Workers

- In 2010, our medical advisors processed 105 applications for preventive withdrawal of pregnant or breast-feeding workers. For the most part, applications for consultation came from the sectors of education (day-care educators, teachers), health (nurses) and commerce (cashiers).

Health Programs Specific to the Mining Sector

- Application of the health program specific to the mining sector continued during 2010. One physician and one nurse of the DPH carry out prevention activities in this important sector of Nunavik which includes more than 650 workers. The principal actions carried out during the year include:

    - awareness of the risks present in the workplace;
    - information for mining workers and employers concerning the health effects of various stressors such as lead, silica, noise, welding fumes and so forth as well as the preventive means to be set up by the employer to protect the workers' health;
    - medical monitoring of workers exposed to lead, asbestos, silica and biohazards, as well as food allergies;
    - realization of a project to evaluate psychosocial risks in the sector in collaboration with the *Institut national de santé publique du Québec* (Québec public-health institute or *INSPQ*);
    - follow-up to measures aimed at ensuring the presence of adequate first-aid services in mining enterprises.

Occupational-Health Program in the Nunavik Municipalities

- The municipal sector continues to be the object of actions aimed at preventing health problems in the workplace. Thus, in 2010, establishments in nine Nunavik municipalities (municipal garages, fire stations, arenas, carpentry workshops, sewage-dumping sites and potable water-distribution sites, police departments, etc.) were visited by the DPH's occupational-health team. The municipal employees and employers and the police

officers were informed of the risks present at their workplaces (noise, welding fumes, biohazards, etc.) and the preventive means to set up to prevent those risks. Assessment reports were sent to the mayors and managers of each municipality visited and to the police departments.

- The regional team also responded to three requests during the year, particularly concerning the quality of indoor air in Nunavik establishments.

Prevention

Immunizations

Training

Due to the absence of the regional nurse for the prevention and control of infections for nearly the entire year, the training activities were limited. However, they should continue over the course of the coming year with the arrival of a new resource.

Seasonal Influenza Campaign

- Given that everyone in Nunavik is considered at risk of contracting or transmitting influenza, vaccination has been offered free of charge to the entire population for the past four years.

Vaccination in Schools

- Several vaccines were offered in the schools during the year: hepatitis A and B, human papillomavirus (HPV), chickenpox and DTaP; immunization status was also checked in Secondary 3.

Management of Immunizing Agents

- Due to the absence of our regional resource, we concluded an agreement with the *Direction de santé publique de la Capitale-Nationale*, which assigned two part-time nurses to respond to queries from our region concerning breaks in the cold chain.

- During 2010-2011, we began working with a new regional depository, and to date, the experience has turned out very satisfactory.

Prevention of Nosocomial Infections

With the absence of our regional resource for the prevention of nosocomial infections, further development of activities in the sector was not possible during the year 2010-2011. At best, we were able to respond to the most urgent requests from the two institutions. A return to normal is expected for 2011-2012. Thus the activities of the regional committee for the prevention of nosocomial infections should resume.

Prevention of Infections in Day-Cares

A project aimed at promoting handwashing in Nunavik day-cares was carried out. It involved adapting material produced by the Canadian Institute of Child Health and translating it to ensure availability in the three languages used in Nunavik (Inuktitut, English and French). All the material (posters and book) will be distributed during the coming year.

Antismoking Campaign

During National Non-Smoking Week, an annual campaign held in January, some schools and CLSCs organized prevention activities in the schools and set up information booths on various smoking-related issues. We also funded a project carried out by one community.

Breast-Cancer Screening

Due to circumstances beyond our control (process of digitizing portable units, personnel training, etc.), no screening for breast cancer using mammography was carried out in 2010-2011. Activities under the screening program are expected to resume in 2011-2012.

Screening for Diabetic Retinopathy

Diabetic patients are referred for retinopathy screening, which permits application of treatment in view of preventing or delaying the degradation of sight. During 2010-2011, all the Nunavik communities were visited with the exception of Aupaluk, Quaqtaq, Ivujivik and Akulivik, which have very low numbers of known diabetics. Further, Tasiujaq could not be visited due to poor weather.

In total, 219 diabetic persons were examined out of a regional total of 296 diabetics (for a participation rate of 74%).

Sexually Transmitted and Bloodborne Infections (STBIs)

With the persistence of the gonorrhea outbreak in the region, the DPH funded the Inuulitsivik Health Centre's hiring of a full-time nurse for a period of approximately six months. That nurse was exclusively assigned to the follow-up of gonorrhea cases and the search for contacts.

The following are among the numerous prevention activities carried out to limit the spread of the disease:

- distribution of free condoms in several public places (schools, stores, CLSCs, etc.);
- training and conferences for the region's workers (notably ongoing training provided by the *INSPQ* for nurses);
- revision of laboratory tests, treatment guidelines, training resources, individual and community approaches (in collaboration with the *INSPQ* and both health centres);
- special days or weeks (AIDS, healthy relations, regional postcard campaign on healthy sexual relations, booth for the promotion of sexual health, etc.);
- information for young persons on HIV (an HIV-positive Inuk visited three schools in 2010-2011);
- workshop in Puvirnituq based on approaches using the arts to develop leadership among youths);
- etc.

The sex-education program was completed in six schools during the 2010-2011 school year, whereas the other schools used specific sections of the program. The Kativik School Board plans to include the program in all the schools starting in the next school year. Our department offers its support through a teaching nurse. The program was revised and will be made available in the three languages for the 2011-2012 school year.

Dental Health

As in previous years, priority was placed on children. The dental hygienists visited the communities to set up activities recognized as effective against tooth decay. The topical application of fluoride was carried out among children attending day-care and instructions on oral hygiene were provided for their parents. Children in primary school benefitted from the daily distribution of fluoride tablets, biannual application of fluoride and instructions on hygiene. Finally, pits and fissures sealant was applied on permanent teeth when they appeared.

Unfortunately, application of these measures is not uniform throughout the territory due to a lack of resources. The absence of a dental hygienist in the fall 2010 was felt on the Hudson coast. The number of positions for dental hygienists should increase substantially over the next year, which should permit reaching the majority of the target population.

Diabetes

A logo illustrating healthy lifestyles was designed and will be used henceforth on promotional materials as well as for certain activities related to nutrition and physical activity. This should reinforce the message we wish to convey in the communities.

A spiral-bound set of tables was adapted from the Nunatsiavut document in order to facilitate the transmission of general information on diabetes, using a snowmobile as analogy. It will be distributed in each of the region's CLSCs.

"Inuk-to-Inuk," a workshop for the transfer of knowledge organized for secondary students, was held in Ivujivik, Akulivik and Kangirsuk in the fall 2010 and in Quaqtaq in January 2011. We enjoyed the cooperation of the community liaison wellness workers of Akulivik and Quaqtaq.

Community meals, conferences over FM radio and meetings with diabetic persons were other productive activities.

For the third year, the "Drop the Pop" challenge was held in 14 schools on the territory. Unfortunately, we received too few evaluation reports to assess precisely the number of youths who succeeded out of the 3 166 who registered. Once again this year, several activities involving healthy snacks were held; what was new this year was that an amount was granted for projects concerning physical activity. Thus, it was possible to purchase additional sports equipment for the schools.

The greatest accomplishment was the Ulluriaq School's establishment of a pop-free zone on its premises through the installation of a water cooler in each classroom, encouraging the youths to adopt a healthier lifestyle.

Health Promotion

Health promotion is a major component of activities carried out in public health. Defined as a process that gives populations the means to ensure greater control over their own health and improve it, health promotion is based on five strategic principles around which our actions revolve: establishment of sound public policies, creation of favourable environments, reinforcement of community action, acquisition of individual skills and reorientation of health services (source: *Ottawa Charter for Health Promotion*). As in previous years, the DPH carried out several health-promotion activities.

Establishment of Sound Public Policies (Object: Policies)

Health promotion supports and encourages political authorities of all sectors and all levels in the adoption of health, financial and social policies that privilege health, equity and the creation of healthy environments (e.g., legislative and fiscal measures, organizational change, etc.).

Nutrition North Canada

In May 2010, the Government of Canada announced the replacement of the Food Mail Program that had been in effect for over 40 years with the program Nutrition North Canada, effective April 1, 2011. The Food Mail Program subsidized the air transport of perishable and non-perishable foods and certain essential, non-food items. Nutrition North Canada subsidizes the retail sale of only perishable foods.

Non-perishable foods and non-food items must be shipped every year and in much greater quantities by maritime means to all communities in the Canadian North.

The DPH appeared before the Standing Committee on Aboriginal Affairs and Northern Development at the House of Commons to speak about the impacts on *Nunavimmiut* of this rapid transition between programs. The NRBHSS also adopted a resolution requesting that the Food Mail Program be maintained until an in-depth examination of the true impacts of the new program Nutrition North Canada can be carried out. The KRG made a similar request with governmental authorities.

In March 2011, the Government of Canada announced transitional changes to Nutrition North Canada. In effect, the list of admissible products was lengthened, reintegrating the majority of non-perishable foods and essential, non-food items. Note that the extended list announced in March 2011 will only be valid for 18 months and that the new rates under Nutrition North Canada came into effect on April 1, 2011.

The DPH nutritionist was appointed member of the external advisory board of Nutrition North Canada. That board's objectives are to give a voice to northern regions and residents, improve the new program's transparency and provide information and advice to guide the program's management.

The new program includes subsidization of foods as described above. It also includes a component under Health Canada for educational initiatives in nutrition. That component aims at individual and community awareness of the advantages of healthy eating, improvement of skills concerning the choice and preparation of healthy foods, and reinforcement of partnerships between retailers and the communities in order to facilitate the choice of healthy foods. Finally, it emphasizes traditional foods by privileging the sharing of traditional knowledge and skills concerning the gathering, preparation and consumption of such foods.

Partial funding was to be granted to the regions to cover the period from the fall 2010 to the end of March 2011. However, the agreement between the federal and provincial authorities was signed and the funding announced to the NRBHSS only at the end of February 2011. Projects responding to the criteria of the new program were then carried out in March 2011:

- participation in the project to replace community freezers with the KRG's Inuit Hunting, Fishing and Trapping Support Program;
- purchase of kitchen equipment for the region's day-cares;
- project to revise the *Nunavik Food Guide*;
- support for a project to produce a family cookbook based on the menu in day-cares;
- education project in nutrition for school-aged children.

Implantation of the Policy Framework for Healthy Eating and Active Living in Schools

The KSB wished to encourage healthy eating and active living in its schools. The Government of Québec's policy framework for healthy eating and active living was established in 2007. The KSB and the NRBHSS share responsibility for applying the policy. A list of healthy choices for breakfasts, snacks, canteens and fundraising activities was distributed to the schools. Follow-up was ensured for those schools that made the request.

Creation of Favourable Environments (Object: Environments)

Health promotion encourages and supports the creation of living, working and recreational conditions that are safe, stimulating, gratifying and desirable and which privilege the population's health.

School Environment

Promotion of "*Ma cour : un monde de plaisir*" [The Schoolyard: A World of Fun]

- Recreation periods should be seen as an alternative method of learning, whether through experimentation with leadership, socialization, sharing or mutual help or simply through play in a safe environment. In effect, everyone wins when the community mobilizes to set up, organize and lead activities in the schoolyard. That space should represent a unique environment for investing in efforts that privilege children's success in school.

- Kino-Québec developed a toolkit for the purpose of improving the organization of recreation activities. The school staff in Kangiqsualujjuaq, Kuujjuaq, Kangirsuk, Umiujaq and Kuujjuaraapik received training during which the toolkit was presented and the staff and administration were encouraged to reflect on the matter. Kits were also distributed to schools in Tasiujaq, Salluit and Ivujivik but without the training. Training sessions will be held during the coming year.

- During the follow-up, we were informed that the activities in experimentation were under way and that response to the training was positive. However, going into action is more difficult in spite of the enthusiasm at the outset. Over the past two years,

many formulas were attempted: setup of a committee for that purpose, ongoing involvement of school administration (directives for the personnel, funding, etc.) and so forth. In spite of the efforts, the presence of multiple factors complicates matters and often, the situation returns to the starting point.

- Much work remains in this area for the coming years. Healthy and active recreation requires effective mobilization of resources (human and physical) in the field. Future efforts should be better-coordinated in order to mobilize local actors around this objective.

Healthy Schools Competition 2010

For the sixth consecutive year, Kino-Québec presented the Healthy Schools competition. Three components were proposed:

- planning, organization or leading of physical and sports activities in the school or schoolyard;
- security or ethics in physical and sports activities;
- healthy eating.

Only Arsaniq School of Kangiqsujuaq applied to participate. That school's chosen activity provided the youths with healthy snacks throughout the school year. Presentation of the competition to the schools will be revised to improve participation.

Québec Breakfast Club

Today, many schools in Nunavik offer breakfast to the students to respond to this fundamental need when necessary (food security, healthy nutrition). Various models have been used until now, and they correspond to the region's reality (hot and cold meals, service in class and in the kitchen, snacks, etc.). This year, four schools participated in the Québec Breakfast Club, one of them for the first time.

Once a coordinator was hired for the aboriginal programs under the Québec Breakfast Club, access to these services was greatly improved. After a meeting in person with that coordinator, it was agreed that the club would be able to create new breakfast services in three schools of the region for the 2011-2012 school year.

This first step was followed by a meeting in Kuujjuaq with the bodies concerned (KSB, DPH, coordinator of aboriginal programs under the Québec Breakfast Club) to find answers to certain fundamental questions:

- What role does the club play in the current deployment of the services in the Nunavik communities?

- What is the perception of the communities, education committees, commissioners, parents and teachers relative to the breakfast service?
- How can we encourage responsibility and participation of parents concerning the creation of three new clubs in 2011-2012?

To respond to those questions, various regional actions were undertaken:

- summary presentation at the NRBHSS annual general meeting;
- consultation with KSB commissioners;
- survey conducted among seven communities of the region (existing or future club or alternative service).

A teleconference with the coordinator of aboriginal programs followed for the purpose of transmitting the information gathered through the above procedures so the Québec Breakfast Club can take said information into account for next year.

In light of these joint efforts, the three communities that will benefit from the breakfast club's services next year are Umiujaq, Ivujivik and Tasiujaq. The three schools in those villages met the club's requirements, including a resolution from the education committee. The Québec Breakfast Club has proposed the inclusion of a resolution by the municipal council in order to facilitate the participation of community members in providing the service for the schoolchildren.

Support for existing and future clubs will be ensured by joint efforts among the schools, the communities, the Québec Breakfast Club, the NRBHSS and the KSB.

Day-Cares

Nutrition Program in Nunavik Day-Cares

The goal of the nutrition program in the day-cares is to improve children's health through healthy eating. This project is a collaborative effort between the KRG, Laval University's *GENUP* [Study group on public nutrition], the KSB and the NRBHSS.

The program has been under way at the day-cares since 2004. The children attending the day-cares eat complete meals and nutritional snacks including traditional and store-bought foods. The cooks and educators receive training provided annually by the KSB's instructors in cooking and nutrition. Educational activities in nutrition are also offered to the youths. From 2006 to 2011, a research component has been a part of the program. Its objective is a better comprehension of the link between environmental contaminants, nutritional values and the nutritional status of children attending day-care.

The DPH supports this program in various ways:

- special project with an intern in Kuujjuaraapik: In the spring 2010, an intern supervised by *GENUP* and the DPH carried out a study on what was left behind after meals in the Kuujjuaraapik day-care;

- planning committee of the program: The DPH has a representative on the planning committee for the day-care nutrition program; moreover, a meeting was held during the training session for day-care cooks in Inukjuak in the spring 2010;

- in collaboration with the KRG, presentation for students in preschool education in Puvirnituq on nutrition and the existing day-care program;

- training for KSB workers: In the winter 2011, in Kuujjuaq, a training session of one and one-half days on carrying out educational and cooking activities with preschool children was offered to the KSB's regional education consultants for the day-care nutrition program;

- family cookbook: The DPH was consulted during the creation of the family cookbook based on the menu in the day-cares. Moreover, the DPH worked with *GENUP* and the KRG at testing the recipes with families for the purpose of creating a cookbook that will be useful and interesting to *Nunavimmiut*.

Community Environment

Equipment Facilitating Physical Activity and Sports

In terms of equipment, quality and appropriate quantities are elements that facilitate the organization of activity periods. This year, the regional board is pleased to have enabled the school in Aupaluk to acquire 36 pairs of snowshoes, partially contributed to the list of purchases by the municipality of Kuujjuaq to complete its gym equipment, supported the Kuujjuaq weight room in acquiring various items and enabled the family house in Inukjuak to acquire basic materials for yoga and physical-conditioning classes.

Family Environment

Blue Light Campaign

The Blue Light Campaign (BLC) is an initiative of ITK which aims to reduce the phenomenon of second-hand smoke in Inuit households. The BLC was launched for the first time in Nunavik in 2005 as a pilot project in three communities. Since then, it has been expanded to three other Inuit regions. In 2010-2011, seven communities participated in the campaign in Nunavik. Participating homes announce their decision to become and remain smoke-free homes. They then receive a blue light that they install at their entrance and which indicates their commitment

to the initiative. Participating homes fill out a questionnaire at the start of the campaign. ITK will analyze the results and provide the regions with a campaign report.

Reinforcement of Community Action (Object: Communities)

Health promotion encourages and supports effective and concrete community participation in the definition of priorities, in decision making and in the development and application of planning strategies in view of improving health.

Physical and Financial Support for Local Activities

To obtain the cooperation of local workers and mobilize communities around public-health issues, funding was offered to our partners interested in organizing activities. Further, to support the partners in planning and evaluating activities in the health-promotion calendar, tools were designed (list of suggested activities, posters, information sheets, local radio messages, application forms for financial assistance, financial and activity reports) and individual telephone consultations were offered as needed.

National Sports and Physical Activity Day 2010

For the first year, an activity was organized in Kuujjuaq to promote physical activity in a context of non-competitiveness and fun. This special day was the launching point for Sports and Physical Activity Month (May). An invitation was extended to the community over FM radio; some 50 persons got involved in a 15-minute routine and then shared a healthy snack afterward. To cap the activity, a communiqué was sent to all the organizations in the region and the topic was discussed on CBC North. The experience turned out to be very successful.

International Children's Day 2010

To celebrate International Children's Day on November 20, 2010, the NRBHSS joined several local and regional partners to organize a celebration at the Kattitavik Centre in Kuujjuaq. Close to 200 children came for the activities (dance, music, makeup booths, movie), which were meant to highlight the importance of children for the community; a meal was also served. The Public Health team contributed to designing the menu and purchasing the food to ensure the menu met the criteria of healthy eating (fruit, vegetables, dairy products, traditional foods, etc.). Moreover, the team organized a workshop for preparing fruit salad with some 20 youths and partners.

Elimination of Violence in Nunavik

Nunavik Day for Eliminating Violence (November 25) launched a regional campaign organized by the NRBHSS in collaboration with certain local and regional partners. To raise awareness among *Nunavimmiut* concerning the various forms of violence and its consequences on children,

and to provide them with the coordinates of support services available for victims and aggressors, an envelope containing the following items was placed in each post-office box:

- a calendar with drawings and citations produced by community members for a regional contest held in 2009 (calendar produced by the NRBHSS and its collaborators);
- a wallet-sized card with the coordinates of regional resources (created by the NRBHSS and its collaborators);
- a keychain (with built-in light and whistle) depicting the location of the four women's shelters of Nunavik.

Further, a message was broadcast over regional radio (TNI or CBC North) as well as on the display screen at the Kuujjuaq airport.

In total, 12 communities organized local activities (walks, speeches, screenings of the DVD and discussions, awareness workshops in the schools, community meals, radio shows, etc.).

Nunavik Healthy Relationships Week 2011

In the context of Nunavik Healthy Relationships Week, observed from February 13 to 19, 2011, the Public Health team worked with certain regional partners to seek the commitment of *Nunavimmiut* in developing positive relationships within a harmonious society. For that purpose, funding up to $1 000 was offered to each community and awareness tools were produced for wide distribution (DVD and others previously mentioned). A contest was also organized jointly with the KSB, inviting students to participate in the group creation of a banner on healthy relationships. In total, eight communities organized local activities (speeches, screenings of the DVD and discussions, awareness workshops in classrooms, information booths, interactive games, cake contests, community meals, radio shows, etc.) and six banners were submitted for the contest.

Nutrition Month 2011

For the first time, this year the Public Health team solicited several local partners to organize, in their respective communities, an activity highlighting Nutrition Month (March), World Water Day (March 22) and Traditional Foods Day (March 25). With the goal of raising awareness among *Nunavimmiut* on the vital role of food (traditional foods, healthy store-bought foods) in maintaining physical, emotional, intellectual and spiritual strength and on the importance of casting a critical eye on what they eat, funding from $750 to $1 000 (depending on the number of inhabitants) was offered to each community and awareness tools were sent (list of trustworthy Web sites, cookbooks and others previously mentioned). In total, nine communities organized local activities (awareness and promotion workshop on water in classrooms, interactive games for children and their parents, cooking workshops, community meals, radio shows, etc.).

International Women's Day 2011

Although March 8, 2011, was the 100th anniversary of International Women's Day, this special day was officially observed for the first time in Nunavik under the theme "Nunavik women take action to make a difference!" For the occasion, the NRBHSS and the KRG pooled their resources to mobilize the Nunavik population around the importance and contribution of Inuit women in their communities. Funding from $200 to $350 (depending on the number of inhabitants) was offered to each community along with the items previously mentioned. Several communities responded by organizing activities (meals among women, beauty salons, radio shows, etc.), with three applying for funding.

Physical-Conditioning Classes

The NRBHSS supported physical-conditioning classes that began in Kangiqsujuaq during the winter. The classes were initiated by the community nurse in response to a demand from community members. The format was to integrate health capsules followed by a session of physical conditioning. The classes were led and supervised by a local resource with training in kinesiology and who was in transit in the community for a few months.

Revision of the Nunavik Food Guide

The current version of the *Nunavik Food Guide* was produced in 2005. In 2007, Health Canada issued new recommendations relative to nutrition and launched a new food guide. Nunavik has its own food traditions, which is why the DPH deemed it necessary to have a food guide specific to the region. In the fall 2010, consultations were made in three communities for the purpose of revising the food guide. The DPH wished to consult the public and the workers who used the guide. A nutrition intern gathered the opinions and suggestions of 53 respondents and ended up with close to 195 comments. After her collaboration with Laval University's *GENUP* and the public consultation, the DPH can now produce a document of quality that takes into account the opinions and the reality of *Nunavimmiut*. A major effort in graphic design is under way. The new guide will be launched in 2011.

Acquisition of Individual Skills (Object: Individuals)

Health promotion encourages and supports individual and social development through information, health education and development of essential skills.

Regional Communication Campaigns

Several communication campaigns were launched during the past year to raise public awareness of various issues in public health.

AIDS Prevention

In the context of World AIDS Day on December 1, a regional campaign was launched by the DPH. To raise awareness among *Nunavimmiut* concerning the risks and symptoms of HIV/AIDS and the importance of adopting safe and healthy sexual practices, communication tools were designed and sent to each community (posters and information capsules over local radio). A message was also broadcast over regional FM (TNI or CBC North) and displayed on the screen at the Kuujjuaq airport.

Suicide Prevention

In relation to Suicide Prevention Week (January 30 to February 5, 2011), the NRBHSS launched a regional campaign with the theme "How do you celebrate life?" With the goal of having *Nunavimmiut* identify the moments or activities that give them a sense of well-being, as well as to provide them with the coordinates of the available support services, communication tools were created and sent to each community (posters and leaflets on support services).

Regional Challenges and Contests to Promote Healthy Lifestyles

The DPH organized various contests for the general population or for specific target groups to promote healthy lifestyles (while encouraging reflection and individual empowerment). Depending on the contest and the needs, participants received support tools and were referred to the appropriate resources; some were awarded prizes in recognition of their determination, knowledge and talent:

Quit to Win Challenge

In its eighth year in Nunavik, the Quit to Win Challenge this year sought the participation only of smokers, both youths and adults. Participation was excellent, with a total of 224 individuals (133 youths and 91 adults) who decided to try to quit smoking. Of that total, 18 persons (9 adults and 9 youths) succeeded in remaining non-smokers throughout the challenge, a period of six weeks. During the challenge, some schools and CLSCs organized activities for the prevention of smoking and the promotion of healthy lifestyles.

There was much activity in terms of communication, both within Nunavik and with various organizations outside the region (schools, CLSCs, health workers, community wellness workers, mayors, Makivik, First Air, Air Inuit, Bell, Federation of Cooperatives of New-Québec, Newviq'vi).

Health Challenge

The DPH worked on a health challenge aimed at raising awareness among some 200 young persons aged 12 to 17 years, in the context of the Nunavik School Games held in Kuujjuaraapik

in April 2011. Themed quizzes and an information booth were designed to promote safe, healthy lifestyles related to the following: nutrition, physical activity, smoking, alcohol, substance abuse, sexuality and diabetes.

Health Education

Throughout the year, several Public Health officers were called on to lead workshops and conferences dealing with health education and to coordinate certain education programs.

Qanaq Conference

Sapputtit invited members of the DPH to chair conferences during the Qanaq health forum for youths in June 2010 in Inukjuak. Various presentations were made on topics such as physical activity, nutrition, smoking and fetal alcohol syndrome (FAS). The feedback on these activities was very positive.

Volleyball Camp for the Québec Games

A volleyball team was created to represent Nunavik at the Québec Games; a training and selection camp was held in June in Kangiqsujuaq. Two members of the DPH were invited by the KRG's Recreation Department to join the camp and make brief presentations on various topics. Between training sessions in the gymnasium, workshops were held with the players to inform them about the links between healthy nutrition, training and performance, the importance of proper hydration, the relationship between sufficient sleep, motor learning and recovery, visualization techniques and building team spirit. The workshops were successful, and changes in attitude and behaviour were noted during subsequent sports-related encounters.

Teamathlon 2010

In April 2010, the DPH was involved in the KSB's Teamathlon for the first time. A nutrition intern from Public Health worked with *GENUP* at improving the weekly menu, distributing healthy snacks and circulating information on nutrition and sports.

LORY Project: Promotion of Healthy Lifestyles for Young Children

An exploratory meeting with the KRG was held to discuss the Lory Project. The Lory Foundation's mission is to help young children resolve or prevent the specific problems they might face. The promotion of healthy lifestyles, academic success and environmental protection is at the core of the foundation's concerns; the foundation offers recreational and social learning activities especially adapted to those purposes to parents, workers and all responsible adults.

The Lory project includes educational DVDs promoting healthy lifestyles as well as awareness workshops. An instructor in education from St-Félicien College has used those tools for a

number of years. The participating communities are enthusiastic about the project and the children enjoy the workshops. Possible collaboration between the KRG, the DPH and the Lory Foundation is under serious consideration.

Educational Activities in Nutrition and Cooking for School-Aged Children and Preschoolers

Workshops on nutrition and initiation to cooking, inspired by the *Nunavik Food Guide*, are offered in the region's schools and day-cares. These activities were designed and led by nutrition interns from Laval University. The NRBHSS nutritionist, a nutritionist from Laval University's *GENUP* and the coordinator of the NRBHSS diabetes program are working jointly on this project, which involves cooking and educational activities aimed at promoting healthy eating habits that include traditional foods and healthy store-bought foods.

The project, which began in the spring 2008, has been in operation for three years. To date, all 14 villages have been visited. During 2010-2011, Kuujjuaraapik welcomed a nutrition intern supervised by the DPH and *GENUP* to carry out these activities.

The project's next step will be the compilation of all the activities developed over the past three years and their integration into local actions.

Cooking Classes by Rebecca Veevee

The Sungirtuivik Family House in Inukjuak invited television personality Rebecca Veevee in December 2010 to lead a week-long series of cooking workshops. Mrs. Veevee touched on the topics of basic cooking techniques, culinary exploration, health and economical cooking. The entire activity was held in Inuktitut and with much humour. Traditional foods were showcased and were the focus of the prepared dishes. The classes were a success in terms of both participation and appreciation, and the DPH will support Sungirtuivik and any other resources in organizing such workshops.

Reorientation of Health Services (Object: Health Centres and Professionals)

Health promotion encourages and supports the creation of a care system that best serves social, political, economic and environmental interests, that is, a system that offers not only clinical and curative services but also services centred on all of an individual's needs while respecting cultural needs.

Design and Distribution of Educational Materials for Professionals

During the year, the department responded to various requests for educational materials from professionals in the network to help them in their health-promotion efforts.

Promotion of Physical Activity

New collaborative relations were established to promote physical activity. The diabetes nurse on the Hudson coast, the nurse of the Puvirnituq family house and the team of the Inukjuak family house made requests relative to precise needs in their respective areas. Advice, design of tools or orders for materials to optimize participation in individual or group physical activity were shared. Thus, it was possible to compile reliable information on the topic.

Promotion of Sexual Health

In existence for a number of years, this program suffered a serious setback in 2009-2010, particularly due to hesitation on the part of our main partner, the Kativik School Board, in proceeding further with the project. Nevertheless, with a revision of the program nearly complete and its translation into Inuktitut in 2010-2011, we expect the project to continue during the next year, conditional to the KSB's involvement.

Workers' Guide to Exchange of Sterile Injection Supplies

We continued our collaboration with the two institutions in order to better monitor needle exchanges. The workers' guide remains the object of consultations with the workers at both health centres. The final version should be available in 2011-2012.

Further, we are also currently working on an inventory of available services relative to HIV infection. Under the direction of Dr. Paul Brassard (consultant) and carried out in collaboration with both health centres, the inventory should enable us to identify services that are lacking or difficult to access, the goal being to propose optimal organization of HIV-related services in our region.

Information and Materials on Nutritional Therapy

The region's hospital centres do not have clinical nutrition services. Diabetes, celiac disease, hyperlipidemia and growth retardation are all health conditions that require nutritional therapy. During the year, outpatient-clinic consultations were held with patients principally suffering from chronic diseases. When requested by professionals of the hospital centres, information and materials on nutritional therapy are sent by the Public Health nutritionist.

Training for Professionals

Training on STBIs for Nurses of the Health Centres

Training on STBIs continued in collaboration with the *INSPQ*. The DPH also funded the participation of some Nunavik nurses in the 2009 *Journées annuelles de santé publique* [Annual Public Health days].

Training on Diabetes

This year, we again offered the possibility for Inuit nurses with diabetes training to attend conferences such as that of the Canadian Diabetes Association in Edmonton, the 17th congress on Inuit studies in Val d'Or, where Mina Akparook made a presentation on the evolution of diabetes in Nunavik, and, finally, that of Diabète Québec in Québec City.

Moreover, the nurses of the seven CLSCs on the Ungava coast received training on diabetes from the Diabète Québec team. The training was a frank success. A total of 24 persons attended the session, including a nutritionist and a kinesiologist.

Training on Nutrition and Physical Activity for the Diabetes Nurse of the Inuulitsivik Health Centre

The department offered two training sessions on nutrition and physical activity to the diabetes nurse of the Inuulitsivik Health Centre.

Healthy Schools Approach

Healthy Schools is a global, concerted approach for the promotion of health, well-being and academic success among schoolchildren. As such, several projects and initiatives were carried out during the school year and will continue in 2011-2012. Some were mentioned above (breakfast club, active recreation, Healthy Relationships Week, etc.). Nevertheless, we would like to mention other accomplishments under this approach, which is truly meant to be an integrative one.

Healthy Schools Approach in the Region's Schools: Concrete Actions

During the 2010-2011 school year, many things changed and requests from the schools multiplied. Support for the schools was provided in many forms and, very often, concerned very different needs from one school to the next.

The regional service supply under Healthy Schools was subdivided into several projects with topics deemed as priorities according to the current context in the Nunavik schools. The priorities this year were selected according to various criteria:

- priorities of the KSB commissioners and the NRBHSS board of directors;
- priorities of the schools and needs of the children;
- existing local and regional activities that can be improved;
- potential for success of the project or actions undertaken.

The main projects supported or developed were:

The First Nunavik School Games: For Health and Academic Success

For the first time in Nunavik, all the region's schools had the chance to be represented by their school team on the occasion of the first Nunavik School Games, held in Kuujjuaraapik/Whapmagoostui from April 7 to 13, 2011.

The objective was to bring them together around a common project, that of having the students proudly represent their school at the largest school-sports event ever held in Nunavik. By mid-October, we had already received all the confirmations for the schools' participation. The schools were required to cover registration fees of $2 000 and create a team of students aged 11 to 16 years (11-12 years: cadets; 13-14 years: juniors; 15-16 years: seniors). This method of paid registration facilitated the involvement of our partners (municipalities and other local and regional bodies).

The schools had the opportunity to create an original logo for their school team for these games. The students were very proud to wear the logos they created; this aspect of the games was meant to strengthen their sense of belonging to their team and school. Research has demonstrated that a sense of belonging is beneficial to children's physical health and well-being. This year, six schools had the chance to develop a logo for their school team, as they had not participated in the 2010 Teamathlon. Thus, all the schools of the region assembled a sports team.

There were 224 participants in these first games. That represents an increase in participation of 55% compared to the 2010 Teamathlon (145 participants) and 167% compared to the first cross-country competition (Tundra Trot) held in 2006.

Further, the games were a golden opportunity to integrate awareness activities relative to health topics of capital importance among young persons: physical activity, nutrition, diabetes, smoking and infectious diseases. Under the coordination of a multidisciplinary team (Healthy Lifestyles), these activities saw excellent participation among both the students and the teachers. We can only hope that this focus on health will lead to the adoption of safe behaviour.

The Amaruq of Ikusik School (Salluit) was awarded the Nunavik School Games Cup as the team winning the most competitions. That school also won the Health Challenge Cup after accumulating the highest number of health points. Finally, the Sports Ethics Cup went to the Snowy Owls of Ajagutak School (Tasiujaq) for the team spirit they demonstrated throughout the games.

In closing, these games would never have been so successful without the presence and participation of numerous partners.

In that sense, the support staff, teachers and administration of Asimauttaq School in Kuujjuaraapik were the backbone of the games. The Kativik Regional Government also greatly contributed through the presence of its regional recreation advisors. Part of their involvement was the provision of training on refereeing for young adults of the region. That training led to the development of regional skills in this area and especially to fair refereeing during competitions.

We hope future editions of the games will be as successful as this year's turned out to be.

2010-2011 Edition

Jaanimmarik School (Kuujjuaq), Ikusik (Salluit), Nuvviti School (Ivujivik), Tukisiniarvik School (Akulivik), Iguarsivik School (Puvirnituq), Innalik School (Inukjuak), Kiluutaq School (Umiujaq), Asimauttaq School (Kuujjuaraapik), Nuiyak School (Sanikiluaq), Badabin Eeyou School (Whapmagoostui), Ulluriaq School (Kangiqsualujjuaq), Ajagutak School (Tasiujaq), Tarsakallak School (Aupaluk), Sautjuit School (Kangirsuk), Isummasaqvik School (Quaqtaq), Arsaniq School (Kangiqsujuaq)

Support for the Region's Schools

During the school year, several measures were taken to improve student health and well-being. When the need was evident, our multidisciplinary team was able to respond with appropriate support as soon as possible. Nevertheless, certain challenges remain in terms of coordinating

local and regional actions, given that the schools' administrations are often overloaded. A potential solution is the creation of a Healthy Schools committee to take charge of establishing and maintaining communications with the regional bodies (KSB, NRBHSS, KRG) when it comes to promoting health and academic success. To facilitate that solution, this local initiative should receive funding that will be managed by the schools according to the committee's recommendations.

No-Contact Hockey: Regional School Championship

The Amaruq of Ikusik School in Salluit participated in the regional school championship for no-contact hockey. Since the Kativik School Board's recent affiliation (September 2009) with the *Association régionale du Sport étudiant du Lac-Saint-Louis* [Lac-Saint-Louis regional student-sports association], this is the second time that a school of the region has officially participated in an event of the province-wide student-sports network. The experience permitted 15 students aged 11 to 13 years from Ikusik School in Salluit to take part in the tournament held in Montréal from March 24 to 28 of this year.

For the past eight years, the hockey program of Ikusik School has applied a unique formula that allows its students to train in their favourite sports during school hours. The DPH greatly contributed to this school project by enabling the purchase of hockey equipment for primary-school children, covering travel expenses and so forth.

"NunActive": A Project for Action in Partnership

"NunActive" means Nunavik communities in action to encourage healthy lifestyles among young persons. It is meant as a bottom-up approach to facilitate mobilization, empowerment and efficiency relative to actions in health promotion. With that complex challenge, several problems unique to the prevailing situation in Nunavik must be taken into account:

- standardized programs poorly adapted to the context;
- regional and local actions carried out without cross-sector cooperation;
- few qualified human resources.

Several meetings were held to establish this partnership between the principal bodies concerned (KSB, NRBHSS, KRG). Unfortunately, this spring, the efforts fell flat and the initiative stalled. Another meeting should be organized shortly to analyze the situation and hopefully find a solution.

Given the complexity of the situation, efficiency in health promotion, especially concerning healthy lifestyles, should improve with increased investment in cross-sector coordination aimed at planning actions through a partnership among the various actors concerned (KRG, KSB, NRBHSS). The various strategies applied by such a partnership will lead to establishment of a

context favourable to the development of the Nunavik communities' abilities to promote healthy lifestyles and environments.

Connaissance – Surveillance – Information

MADO Monitoring and Vigilance

Various activities were carried out, some on an ongoing basis (e.g., passive monitoring). The principal activities are:

- ongoing data capture (as cases are forwarded to the DPH) of declared cases of reportable diseases, both STBIs and non-STBIs;
- production of summary tables presenting the distribution of *MADO* quarterly or annually;
- production of tables or graphs presenting the evolution over time of certain *MADO* (genital chlamydiosis, gonorrheal infection, tuberculosis);
- creation of specific products for activities in prevention, promotion and education relative to STBIs (in collaboration with the STBI nurse of the DPH and the community-health nurses of the Inuulitsivik and Ungava Tulattavik Health Centres);
- updates to the data on reported cases of gonorrheal infection for decision makers (physician responsible for the infectious-diseases portfolio, Director of Public Health, assembly of directors);
- extraction and analysis of MedEcho and mortality data banks;
- analysis of infocentre data and production of various data: number and distribution of causes of hospitalization or mortality, etc.

Moreover, various monitoring products were prepared to support planning at the regional level (strategic planning, clinical project, information-resources master plan, etc.) and at the local level. These involve, among other things, population data or data from administrative data banks such as MedEcho, mortality, births, *MADO*, etc.

Regional Plan for Monitoring State of Health

In collaboration with the *INSPQ*, the DPH worked at preparing the first module of the regional health profile which deals with sociodemographic indicators. This module integrates various indicators enabling comparison between Nunavik sociodemographic characteristics and those of the rest of Québec as well as Canada's other Inuit regions. The final version should be available in the fall 2011.

This is the first of a series of five modules on the following topics: sociodemographic conditions, behaviour and lifestyle, health of mothers and newborns, living environments and overall state of health. Calculations for the indicators of the first two modules are complete, whereas those of the module on the health of mothers and newborns are at an advanced stage.

Nasautit Project

The work with the partners of the three other Inuit regions on health data concerning the Inuit of Canada (Nasautit project) led to the creation of a Web site that should be officially launched soon. Jointly with the other regions, we participated in the selection of multiple indicators and validated the production process for tables and graphs that will be posted online. Our partners, the workers and the regional authorities were informed of the existence of this important source of information on the health of Canada's entire Inuit population.

Other Activities

- Activities to support training on public-health issues for officers of the Nunavik Department of Public Health;
- Support for students involved in various research projects in Nunavik;
- Extraction and compilation of data for various local and regional partners in response to ad hoc requests.

Research and Evaluation

As in previous years, the DPH actively participated in several research projects, notably in the areas of nutrition, contaminants and infectious diseases.

The following are among the projects worthy of mention:

- research project on child and adolescent development in Nunavik: during the past year, the DPH worked closely with the research team to draw appropriate conclusions and develop appropriate messages for regional decision makers and the Nunavik population. Communication activities will be held in the fall 2011;

- research project on food insecurity in Nunavik: this project is a collaboration with various partners. More in-depth analysis of the various available data should enable us to draw certain conclusions;

- research project concerning tools that could prove effective at promoting safe sexual practices among young adults of Nunavik: this project is in its final phase and the tools should be available during the coming year;

- study on parental perception of the nutrition program in Nunavik day-cares: conducted by a master's student of Laval University, this project was financially supported by the DPH. Further, the DPH participated in the validation and interpretation of the results with the student and participant subgroups in the two communities concerned.

Perspectives for 2011-2012

From the point of view of planning the department's activities, 2011-2012 will see the revision of the regional plan of action in public health. We will take the opportunity to classify the department's various actions into four categories:

- overall development of young children;
- integrated approach in the school environment;
- community development;
- regional food policy.

Without question, the DPH will continue assuming its various mandates as prescribed by the *Public Health Act*. However, certain initiatives whose bases were cast during 2010-2011 will greatly influence the department's actions over the coming years. Here we can cite the progress in the work at planning the Healthy Schools project and the multifactor intervention project in child-care settings. These projects will enable action on a multitude of factors thanks to the synergistic effects of the efforts.

We have also cast the foundations for our future efforts, centred on actions facilitating community development. For that purpose, we are looking forward to developing the public-health network both locally and regionally in order to be more in tune with the reality facing the population. We participate in the development of the network of wellness committees within the communities. We also anticipate developing the network of community-health workers in the communities. Those two bodies must cooperate closely with the health and social services network and enable the communities to make their needs known and become more involved in the definition of solutions.

Finally, nutrition is, without argument, a regional priority. With the publication of the results of the research on the effects of contaminants on children's health, we will take the opportunity to establish the foundations for future collaboration with our main regional partners in order to create a regional food policy adapted to the reality of Nunavik. Many aspects must be taken into account: safety of traditional foods, sufficient supply in the communities, rise in the number of diabetes cases, cost of living in Nunavik and so forth.

Inuit Values & Practices

Message from the Director

In the fiscal year 2010-2011, I was hired as the new director of the Inuit Values and Practices department in January 2011. I am very happy to be a apart of the team. In the beginning of the year, the truth and reconciliation commission (TRC) went on a northern tour starting in the community of Inukjuaq then off to Kuujjuaq. During the visits to both communities, I being the person in charge of the Indian Residential School (IRS) file went to Inukjuaq and Kuujjuaq to listen to some testimonies of former students. Approximately 30 former students attended both events with other members of the community. Emotional support worker and psychologist were at both events for emotional support for former student and everyone else attended the events in the communities.

The department of Inuit Values and Practices continues to work with Health Canada to establish resolution health support workers (RHSWs) in Nunavik. The mandate of these support workers will be to offer emotional support to former students of residential schools and their families especially for those student who will undergo the independent assessment process (IAP) in the coming months.

Since I started working for the NRBHSS, I have been busy with the Indian and Residential School file (IRS) and I look forward to working with representatives from different organizations. On another note, I am working on the Customary Adoption file with Makivik Corporation and other representatives from the Provincial Government. The working group met a few times within the year and is currently drafting a report to be submitted to two (2) ministers for it to be included at the Quebec civil code provisions on Aboriginal customary adoption.

I look forward to continuing our work throughout the new fiscal year. In closing, I would like to thank the NRBHSS board of directors for their support within our mandate and goals within our department of Inuit Values and Practices.

Jennifer Watkins

Brighter Futures

Brighter Futures is a federal program which provides funding for all communities within Nunavik and is distributed to each community on a per capita basis. 61 projects were approved and completed this past year.

The following is a table showing how much money was available to each community at the beginning of the 2010-11 fiscal year and how much was actually spent.

Community	Funds Available	Funds Spent
AKULIVIK	48,272 $	44,194 $
AUPALUK	29,308 $	51,983 $
INUKJUAQ	104,302 $	150,771 $
IVUJIVIK	38,790 $	20,060 $
KANGIRSUALUJJUAQ	66,374 $	75,407 $
KANGIRSUJJUAQ	50,858 $	34,394.32 $
KANGIRSUK	48,272 $	55,466.30 $
KUUJJUAQ	118,956 $	261,613.01 $
KUUJJUARAAPIK	55,168 $	32,218 $
PUVIRNITUQ	106,026 $	0.00 $
QUAQTAQ	37,066 $	12,000 $
SALLUIT	88,786 $	25,339 $
TASIUJAQ	31,894 $	9,105 $
UMIUJAQ	37,928 $	15,078 $
REGIONAL PROJECTS	35,000 $	70,000 $
TOTAL		857,628.63 $

In order for the projects to be approved they must fall under at least one of the following categories:

- mental health,
- healthy babies,
- injury prevention,
- child development
- parenting skills

All project proposals must include a municipal resolution stating that the project has community support. In certain instances an education committee resolution is also accepted. In addition to this, we try to keep a strong cultural component in the projects that we approve, although there are a wide variety of projects that take place in Nunavik. Our goal is to provide ample opportunities for our youth to explore different activities at the community level through Brighter Futures that they otherwise may not have. We also strive to assist families in creating a healthy living environment within all Nunavik communities.

If communities have not used all of their allocated funds by January 15 of each year, the money is put into a regional pot which can be accessed by other communities or can be used for larger regional activities.

The following are some examples of the projects that took place during the 2010-2011 fiscal year:

- Proud Reunions Summer Camp,
- Beading classes,
- Sewing classes,
- Cultural cooking class,
- Babysitting workshops,
- Community based and regional sports events,
- Cultural excursions,
- Dog team excursions, as well as many others.

We are very pleased with the initiatives that Nunavummiut have taken to improve the welfare of our youth.

Indian and Residential school (IRS) Resolution Health Support Program

The Government of Canada, through the IRS Resolution Health Support Program (RHSP), agrees to provide mental health emotional support services to all former IRS students and their families involved in the Settlement Agreement (SA) activities;

- independent Assessment Process (IAP)
- common Experience Payment (CEP)
- truth and Reconciliation Commission (TRC) events
- commemoration Events

The IRS RHSP offers former students and their families a range of health support services before, during and after all phases of the IRS Settlement Agreement. All support workers have special training and past experience providing support services.

The IRS Resolution Health Support Program (RHSP) works to ensure those former students and their families;

- have access to emotional health and cultural support services;
- can safely address emotional health and wellness issues related to the disclosure of childhood abuse;

Under the department of Inuit Values and Practices department (IVP) the contribution agreement for the IRS has been moving slower then expected but is currently in progress. The emotional support workers job posting have been posted since November 2010 but still to date are not filled. In the beginning of the year 2011, Health Canada arrived to Kuujjuaq to support the NRBHSS to fulfill its mandate under the IRS contribution agreement for the section of the resolution health support program (RHSP). Five (5) emotional support workers for the upcoming event by the Truth and Reconciliation Commission were given one week training by health Canada in Kuujjuaq.

March 2011

The Truth and Reconciliation Commission (TRC)

A core mandate of the Truth and Reconciliation Commission of Canada (TRC) is to educate all Canadians about the complete history of the so-called "Indian residential schools" and to inspire reconciliation for individuals, families, communities, religious entities, government, and the people of Canada.

On the 14th of March 2011, the Truth and Reconciliation Commission (TRC) started their Regional Tour in Nunavik, Quebec. During their tour, former students from Nunavik arrived to both communities of Inukjuak and Kuujjuaq. Approximately fifteen (15) former students from the Hudson coast went to Inukuaq and fifteen (15) from the Ungava coast went to Kuujjuaq during the TRC hearing events. During the hearings, former students and people from the communities at large attended the ceremonies. The majority of statements occurred in a public venue, with many observers being impacted by the statements. Health supports were impacted throughout each day as they listen to community members, friends, and family members provide statements. The level of sharing and emotion was different and unpredictable in each community but overall, the visits to both Inukjuak and Kuujjuaq were a great success.

Inuit Values and Practice department continues to work with Health Canada to implement the RHSW in Nunavik. Once the RHSW are in place, the mandate of these support workers would be to offer emotional support to former students of residential schools and their families especially for those former students that are undergoing the Independent Assessment Process (IAP).

Wellness Committees

The wellness committees are groups of individuals from each community whose mandate is to discover the overall wellness needs and problems their community is facing and help find solution to there problems. The committees are formed in one of the following three ways; an election may be held within the community, members may be appointed by various organizations within the community or concerned members of the community can volunteer to become a member.

Once these committees are created, installments of $25,000.00 per year are transferred to each community. It is important to mention that in the past, installments of $12,500.00 were transferred twice yearly. As of April first, one installment will be sent to each community that has a wellness committee in place. All activity reports are due by March 31 of each year.

The following communities have a wellness committee up and running; Akulivik, Aupaluk, Ivujivik, Kangirsualujjuaq, Kuujjuaq, Kuujjuraapik, Puvirnituq, Salluit and Umiujaq. For the communities of Inukjuak, Kangiqsujuaq, Quaqtaq, Tasiujaq and Kangirsuk who do not have a wellness committee, the coordinator is planning to have meetings with these communities to try and get a wellness committee in place.

Midwifery

We still have the four birthing centers offering services in Nunavik. Three of these are on Hudson coast, located in Inukjuaq, Puvirnituq, and Salluit. There is one on the Ungava coast located in Kuujjuaq.

In the fiscal year 2010-2011, there were 34 births registered on the Ungava coast and 147 on the Hudson coast.

In the summer of 2011, the Ungava Tulattavik Health center started construction of their new transit which will include a new maternity ward and office space for their employees. They have also recruited a new full-time midwife to their staff.

Brenda Epoo expressed an interest to work with Vicki Van Wagner on improving the Equivalency Project for Inuit students training to be midwives. They have had meetings to discuss making improvements to the existing program and are drafting a new document that will be implemented hopefully in the next fiscal year.

Traditional/Customary Adoption

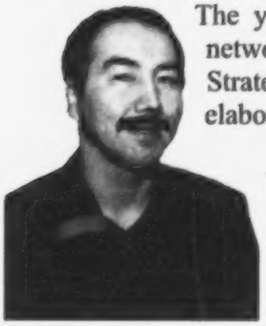
The working group on Customary Adoption in Quebec has been created by the ministers of Justice and Health and Social Services to recommend solutions to the current non-inclusion of the customary adoption practices at the provincial laws and regime.

The working group on traditional adoption is currently drafting a report with recommendations to be submitted to the two (2) ministers included at the Quebec civil Code provisions on Aboriginal customary adoption which should be finalized by June-July 2011.

The need for the Inuit traditional/customary adoption is to have it fully recognized with the provincial laws. Once the report is finalized by the working group, the Inuit Advisory Committee on Traditional/Customary adoption will have to meet for the elaboration of a regime adoption for and by the Inuit of Nunavik.

Administrative Services

Message from the Director



The year 2010-2011 saw the continued development of the Nunavik health network through the efforts of a motivated team working at implementing the Strategic Regional Plan. Action plans for 2010-2011 and 2011-2012 were elaborated concerning services to be offered in all the communities.

To attain our objectives, it was important first to establish the requirements for staff housing for both health centres and the regional board. After much discussion and a search for the best solution in terms of personnel hiring to develop the services to be implemented, the organizations reached consensus on the choice of housing, and preliminary actions were taken to start the housing projects scheduled for 2011-2012.

The Regional Project Management Bureau has been more solidly involved in decision making in collaboration with both health centres. This committee was formed two years ago with members representing each department of both health centres. It held regular meetings throughout 2010-2011 to approve and support various projects.

The main projects elaborated and carried out by the Regional Project Management Bureau are staffing for the biomedical projects (which now have one senior advisor and two technicians), development of information resources (with an investment of $3 million), upgrade to the telecommunication infrastructure (enabling telehealth services in all the communities) and the three-year conservation and functional plan for fixed assets covering the years 2011 to 2014. We also developed management systems including software for the *MNQ*. Most importantly, closer follow-up of financial resources was ensured through activities and programs of the health and social services network and enabled both health centres to end 2010-2011 with balanced budgets.

With all tools and systems in place and all vacant positions filled, a very optimistic future lies ahead; implementation of the Strategic Regional Plan will ensure health and social services for the entire Inuit population.

Silas Watt

Financial Resources

THE REGIONAL BUDGET (*MSSS*)

The *MSSS* authorized expenditures of $130.5 million for the region for 2010-2011 excluding fixed-assets funds. For fiscal 2010-2011, the *MSSS* increased the regional budget by $25.4 million. This adjustment is based on the health centres' 2009-2010 operating deficits as negotiated in the Strategic Regional Plan. This year, both health centres ended the year with a balanced budget. The *MSSS* also reimbursed all accumulated operating deficits of the health centres for a total of $128.5 million. The regional budget was distributed as follows:

2010-2011 ALLOCATIONS	$ million
INSTITUTIONS	
Inuulitsivik Health Centre	55.7
Ungava Tulattavik Health Centre	40.6
NRBHSS EARMARKED FUNDS	
Insured/non-insured health benefits	20.4
Other	3.6
COMMUNITY ORGANIZATIONS	
Youth centres	1.8
Other	3.4
Reserved: special projects not realized yet	5.0
TOTAL TRANSFERS	**130.5**

The NRBHSS' Operating Budget

The Department of Administrative Services provides financial expertise to the other departments: Executive Management, Inuit Values and Practices, Planning and Programming, Public Health and Out-of-Region Services. During the year, the Finance Department managed the following funds:

Operating and Earmarked Funds

The *MSSS* allocated a budget of $5.1 million for the NRBHSS' operations. The NRBHSS also received $900 000 from other sources, mainly contribution agreements. In addition to this operating budget, the NRBHSS also received and managed $25 million in earmarked funds for specific activities. Those funds came from two different sources: one directly from the *MSSS* and the other from the regional envelope.

Fixed-Assets Fund

The NRBHSS also transferred $7.1 million for various fixed-assets projects such as replacement of equipment, maintenance and renovations to its building, and purchase of medical equipment.

Federal and ITK Earmarked Funds

Amounts totalling $8.9 million were received from the federal government and Inuit Tapiriit Kanatami. Unlike the provincial earmarked funds, the contribution agreements with these organizations are on a yearly basis. At the end of the year, they recover any balance not spent during the year.

Health Canada & ITK	**$**
Aboriginal Diabetes Initiative	589 582
Brighter Futures	1 153 893
Home and Community Care	2 110 110
Fetal Alcohol Spectrum Disorder	351 762
Mental Health Crisis Management	870 719
Prenatal Nutrition Program	296 196
Suicide Prevention Strategy	88 000
AHTF Integration Plan in Mental Health	825 135
AHTF Healthy Living in School and Substance Abuse	654 207
AHTF Adaptation Plan Clinical Project	663 964
Aboriginal Health Human Resources Initiative	177 086
Indian Residential School	282 656
Nutrition North Canada	245 250
Indian and Northern Affairs	
Adult Disability	25 744
Family Violence	169 200
Northern Contaminants Program	124 028
ITK	
Born Smoke-Free & Blue Light Campaigns	56 401
Regional Engagement Coordinator	175 000
Total Subsidies	**$8 858 933**

Fixed Assets and Equipment

The NRBHSS was involved in many local and regional projects in 2011. One of the major projects was the planning of the construction of 70 staff housing units. With increased demand for health and social services and the corresponding increase in personnel, the need for more housing becomes a major priority.

To respond to the needs in terms of regional infrastructure, the NRBHSS supported the two health centres in their projects. Thus, the Inuulitsivik Health Centre acquired a new patient transit next to its installations and received a budget of $2 000 000 for office spaces for its Department of Youth Protection.

The Ungava Tulattavik Heath Centre in turn will have a new patient complex before the end of 2011. Other important projects for Tulattavik were the enlargement of the ambulance garage, a new archives area, a new morgue and additional office space. The estimated cost for these projects is below $3 000 000.

The NRBHSS is currently working out a new three-year (2011-2014) conservation and functional plan for the region. We are working closely with both health centres and ensuring they have the information and budgets necessary to carrying out their projects.

The NRBHSS presently has a number of ongoing projects. Major renovations on five of its older buildings will continue and should be complete by the fall of 2011.

Human Resources

In 2010-2011, the NRBHSS job registry saw few changes. Its manpower plan consists of:

- 1 full-time, permanent position for a senior administrator;
- 8 full-time, permanent positions for senior officers;
- 1 part-time position for an intermediate officer;
- 45 full-time, permanent employee positions;
- 1 part-time, permanent employee position;
- 3 full-time, temporary employee positions.

Compared to last year, there are three more full-time, permanent positions: two for secretaries and one for translator (English-Inuktitut), all in the Executive Management Department.

Once again this year, the main activity in human resources was personnel hiring, mainly for the Ulluriaq Adolescent Centre in Montréal; some 60 employees, including educators, nurses and administrative personnel, were hired. Given their specific fields of activity, their working hours and the fact that the centre is in the South, we had to adapt certain aspects of our procedures such as payroll services and human-resources services.

Further, there was a certain amount of personnel change in Kuujjuaq, as follows:

- the financial officer was promoted to head of finance;
- a number of employees left the regional board and were replaced: accounts-payable clerk, executive secretary of Administrative Services, secretary of Executive Management, janitor, advisor (children, youths and families), advisor (medical affairs),

advisor (adult and community services), Planning and Programming officer for community services, Director of Planning and Programming, Planning and Programming officer for services for children, youths and families, health-promotion officer;
- two members went on leave: Director of Inuit Values and Practices, receptionist.

Considering all of these factors as well as other, external ones, various policies and procedures were updated but not completed over the course of the year; they remain among our main priorities for the coming year.

In 2011-2012, we hope to revise the personnel-evaluation procedure in cooperation with the Regional Department of Human-Resources Development and the human-resources team of both health centres.

Information Systems

The region's information systems progressed during the year; the telecommunication infrastructure-upgrade project has been the main focus of our efforts within the Nunavik health sector. The NRBHSS has been working with the *MSSS*, the *CSPQ* and the KRG on this project. It has been discussed much during the past years, and the region finally completed the telecommunications infrastructure upgrade with KRG-Tamaani on March 31, 2011. This will have many positive impacts in day-to-day activities: it will enable the clinical staff to securely access client information through the use of technology and will improve the effectiveness of clinicians' decisions regardless of the client's home community.

The Regional Project Management Bureau, which includes representatives from both health centres and the NRBHSS, has greatly contributed to the decision-making process and the flow of information regarding the deployment of the new KRG-Tamaani telecommunication infrastructure and other important regional and local information-systems developments.

The Nunavik Information-Resources Master Plan is being revised to reflect the changing regional and local realities. The revised plan will now be known as the "Nunavik eHealth Plan." The new plan will include the activities related to telehealth development and also the information-resources security framework. The security of personal information is and continues to be a priority of the NRBHSS and the entire Nunavik health network. Our overall goal is to maximize Inuit ownership of programs and funding allocations in order to improve quality, access and control, improve the health of Inuit, and ensure all programs and services are culturally appropriate, well coordinated and integrated.

In partnership with the McGill *RUIS CvSSS* (*Centre virtuel des services de santé et services sociaux* [Virtual health and social services centre]), the Ungava Tulattavik and the Inuulitsivik Health Centres concluded an agreement to acquire telehealth equipment for each CLSC in the

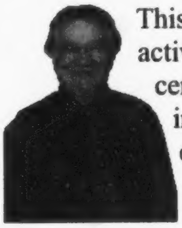
region. This newly acquired equipment will be implemented during the summer 2011 and will provide the clinical staff with 24-hour access to the region's health centres as well as specialized services in the South.

The *Module du Nord Québecois* (*MNQ*, or Northern Québec Module), located in Montréal, has deployed the latest version of the *MNQgo* management system. This client-management system will enable the *MNQ* staff to provide a more uniform service to the clientele and facilitate follow-up. The system can also produce accurate statistical data.

Consult the NRBHSS Web site for current information at www.rrsss17.gouv.qc.ca.

Regional Department of Human-Resources Development

Message from the Director



This year was my first full year with our new department. Slowly but surely, our activities took form in the portfolios relative to training, support for the two health centres in filling their vacant positions in the youth-protection sector (local and imported personnel) and visits to the schools throughout the territory to promote careers in the field of health.

I personally wish to extend my sincere gratitude to my team for their excellent work and solid commitment; without their efforts, our actions would have been in vain.

We are ready to begin year 2 and continue the portfolios under way, organize new training sessions and, jointly with the *MSSS*, improve the working conditions for all persons working in the health sector.

Jean-Pierre Charbonneau

After the creation of our new department in November 2009, we underwent the full cycle of our first fiscal year, from April 1, 2010, to March 31, 2011.

We would like to highlight an addition to our team in June 2010: Chesley Mesher replaced Mbsowo Andrews as personnel officer. His primary responsibilities are to manage all training programs funded by Health Canada.

Principal Activities 2010-2011

- Pilot Project in Youth Protection

This project took up much time in this first year. Two of its components, described below, involved much effort in our department:

- Hiring in the Youth-Protection Sector

Our task was to facilitate and support the hiring of human-relations officers, local personnel and management personnel for the two youth-protection teams of Nunavik.

Thus, after several months of work, the operation's success became evident. Close to 95% of the positions that were vacant at the beginning of the year have been filled. We concluded several agreements with youth centres in the South (service loans and leave without pay) in order to have competent candidates prepared to invest within our region. More than 11 youth centres actively participated in support of our hiring process and thus enabled us to fill positions for management personnel and professionals.

Other solutions (advertisements in newspapers, in the weekly information newsletter of the *Association des centres jeunesse*, on the Web sites of the Montréal Health and Social Services Agency and those of universities in Québec, Ontario and New Brunswick; visits to career fairs, universities and professional associations) enabled us to hire more efficiently because they facilitated personal contact and thus helped find individuals ready to work in the North.

Locally, we made 12 visits to various communities to meet directly with the public so we could target potential candidates. These efforts have borne fruit.

Hiring Data

Job Title	Hudson	Ungava
Social aide and community worker	3	8
Manager	0	3
Human-relations officer	7	15
Director of Rehabilitation		1

- Training Initiatives

The first initiative was to design an orientation program for persons coming to work in the North. During the first day of the three-day program, an overview of Inuit culture is given by an Inuk. The other two days deal with service organization, application of the *Youth Protection Act* in northern regions, the stages of intercultural integration and preparations for arrival in the North. Several new employees in youth protection have undertaken the program, which we will shortly propose and adapt for other sectors and other job titles.

For the second initiative, with the goal of supporting Inuit personnel in youth protection, the NRBHSS and Marie-Victorin College jointly designed a training program in psychosocial work with the financial support of the community health and social services network, a federal agency. That training has been accredited by the **ministère de l'Éducation**, *du Loisir et du Sport* and is given in the Nunavik communities. The personnel members were consulted to identify their training needs. The content of this training contributes to improving their work and helps them better understand the reality and dynamics of the families with which they work. The training also gives them an opportunity to discuss and share their experiences, which helps them deal with stress.

This past year, 25 Inuit workers from the 14 communities attended more than 15 training sessions on the territory.

- Other Activities

During the year, Chesley Mesher and Louise Samoisette (personnel officers) visited all the schools on the territory. They gave presentations to secondary students on careers in the health sector. During the presentations, they described the possible careers, the working conditions and the studies required for such work. We are planning on repeating this experience in the future.

Our team also presented various training projects to the Kativik Regional Government for the purpose of obtaining subsidies. To date, the following projects have been accepted and others remain to be confirmed:

- year 2 of the training in youth protection ($179 192 in subsidies);
- continuation of the training for Inuit management personnel through a program by McGill University ($112 286 in subsidies);
- pairing with an administrative technician in Executive Management ($9 918 in subsidies).

Mr. Mesher participated in numerous colloquiums and meetings with organizations such as Health Canada, ***Inuit Tapiriit Kanatami*** (ITK) and the ***National Inuit Committee on Health (NICoH),*** whose mission is to promote health and social services among the First Nations and Inuit.

C) Personnel Retention and Recruitment

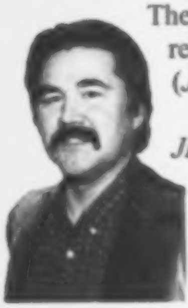
In accordance with the agreements-in-principle concluded between the Government of Québec and the central labour unions, the NRBHSS was assigned the task of preparing a file for improving working conditions in the North for both local personnel and manpower from the South. Discussions have begun, and we hope that by the end of 2011, new working conditions more conducive to personnel retention will be established.

As for recruitment, we are in the early stages of a process to explore, jointly with both health centres, possibilities to modernize or simply improve the efficiency of our recruitment methods (social networks, specialized Web sites and so forth).

Department of Out-of-Region Services

Message from the Director

THE ORIGINS OF THE DEPARTMENT



The insured/non-insured health benefits (INIHB) are additional services provided to registered beneficiaries under the *James Bay and Northern Quebec Agreement* (*JBNQA*).

JBNQA beneficiaries who reside outside Nunavik, no matter when this residency commenced, are not eligible under the INIHB program, with the exception of post-secondary students and trainees (sponsored by the Kativik School Board) returning to their communities, prisoners and patients outside the territory to receive medical care.

The reference standards used to define the modalities of access to INIHB are those specified by the *ministère de la Santé et des Services sociaux* (*MSSS*) or those issued by Health Canada as part of its program for non-insured health benefits (NIHB). Nunavik beneficiaries are entitled to NIHB that are as comprehensive and accessible as those made available to other aboriginal residents of Quebec, the difference for Nunavik being that the province assumes the costs.

The INIHB program adds to the services offered to all of Quebec's population under the various health-care plans and drug-benefit program administered by the Government of Quebec. These additional services refer to a limited number of goods and services not previously provided to beneficiaries of the *JBNQA* by other agencies or under other programs in Quebec.

On April 1, 2004, a specific fund was created in the budget of the NRBHSS in order to manage the eligible expenditures. The base budget for the financing of INIHB is constituted by deducting certain amounts that were included in the budget base of the two institutions concerned—the Ungava Tulattavik Health Centre and the Inuulitsivik Health Centre—supplemented by contributions from the *MSSS*.

2010-2011 EVENTS

Since its inception, the INIHB program was the responsibility of the NRBHSS and managed under the Department of Administrative Services. In recent years, the program expenses increased exponentially due in part to the rise in chronic diseases and the lack of specialists in the North. The creation of a full-fledged department was therefore justified to support the daily management of the program and allow assessment of the needs of beneficiaries in collaboration

with the health centres. This is the first full fiscal year in which the Department of Out-of-Region Services has assumed all aspects of running the INIHB program. Since early in the fiscal year, a new and in-house-trained NIHB officer has been in place. After being managed from Puvirnituq and then Montreal, the INIHB office returned to the NRBHSS' Kuujjuaq premises in July 2010.

The computer firm that designed the software *BENEFIS*, which we have been using since 2003, has developed a new version that is up-to-date and includes new major technological features. The advantages of this new version are the extended life of our application by at least seven years, a more complete and better validation of program policies and, finally, ease of use. At this moment, the new version is up and running. The last option we will implement will be with our partners (*MNQ*, health centres and CLSCs). This procedure will allow the liaison nurses to check the eligibility of a patient by using a Web-based application.

Our department has put much emphasis on working with landholding corporations in performing a regular update of the beneficiaries list. We have also initiated a working relationship with Makivik Corporation's registrar of beneficiaries to ensure the NIHB program is well understood and that technical modalities are relevant and current between the two organizations.

We are very pleased to report that in February 2011, a new NIHB agreement and framework agreement between the NRBHSS and the *MSSS* were signed into effect.

FUTURE

This year, a subcommittee of the Regional Committee on the Management of Patient Services (RCMPS) worked diligently to update the regional policy for user transportation, the management agreement for the NIHB program and the reference framework for the implementation of that agreement. Next year, we expect agreements to be concluded between the NRBHSS and the health centres to ensure daily management of the program is efficient and harmonized with the health centres' policies.

I will continue to chair the RCMPS meetings as I have throughout the past fiscal year. One of the main topics of discussion in this committee in the past year was the temporary relocation of the entire *MNQ* facilities to the YMCA in Montreal.

As for commitments in other committees, I also chair the Nunavik Youth House Association Advisory Committee, which contributed to improving youth centres by approving a technical survey of all the youth centres in Nunavik. This committee will continue to be a priority for me in the next fiscal year.

Larry Watt

Rapport annuel
2010-2011

Du 1er avril 2010 au 31 mars 2011

Notre raison d'être :

Le bien-être de toute la population du Nunavik

Notre mission :

Planifier, organiser, appliquer et évaluer des programmes pour servir notre population

Notre objectif :

Améliorer l'état de santé de notre population

Nos valeurs :

Autonomie, respect, participation, valorisation de nos ressources humaines et collaboration avec nos partenaires

Table des matières

Nunavik : « un vaste territoire occupé » 5
La région et son peuple 5
Indicateurs de santé chez les Inuits 7
Le réseau de la santé et des services sociaux du Nunavik 8
La Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik 8
Centres de santé 10
Mot de la présidente du conseil d'administration 12
Conseils d'administration du réseau de la santé et des services sociaux au Nunavik 19
Conseil d'administration de la régie régionale 20
Composition du conseil d'administration au 31 mars 2011 21
Direction générale 23
Mot de la directrice générale 23
Gouvernement régional Nunavik 25
Services préhospitaliers d'urgence et mesures d'urgence 26
Direction de la planification et de la programmation 29
Mot de la directrice par intérim 29
Projet clinique 31
Santé mentale, prévention du suicide, santé et bien-être des hommes 37
Projet de recherche en santé mentale financé par le Fonds de transition en santé des autochtones 38
Violence familiale, agression sexuelle et condition féminine 39
Personnes en perte d'autonomie, aînés et réadaptation 40
Organismes communautaires 42
Affaires médicales et santé physique 43
Direction de santé publique 46
Mot du directeur 46
Ressources humaines 47
Protection de la santé publique 47
Prévention 49
Promotion de la santé 53
Approche École en santé 67
Connaissance – Surveillance – Information 70
Recherche et évaluation 72
Perspectives pour l'année 2011-2012 73
Valeurs et Pratiques Inuites 74
Mot de la directrice 74
Grandir ensemble 75
Programme de soutien en santé – résolution des questions des pensionnats indiens 76
Comités de bien-être 78
Sages-femmes 78
Adoption traditionnelle 79

Services administratifs 80
Mot du directeur 80
Ressources financières 81
Budget de fonctionnement de la RRSSSN 81
Immobilisations et équipements 83
Ressources humaines 84
Systèmes d'information 85
Direction régionale du développement des ressources humaines 87
Mot du directeur 87
Principales activités en 2010-2011 88
Données relatives au recrutement 89
Direction des services hors région 91
Mot du directeur 91

Nunavik : « un vaste territoire occupé »

La région et son peuple

Nunavik, la région inuite du Québec, est un vaste territoire qui couvre plus de 500 000 kilomètres carrés. Ses zones géographiques comprennent la taïga et la toundra, et ses paysages varient entre montagnes, forêt boréale, innombrables lacs et rivières et haute mer.

Il existe différentes interprétations du mot *Nunavik*. Pour certains, Nunavik signifie « la place où nous avons atterri ». Dans son dictionnaire d'inuktitut, Tamusi Qumak indique que Nunavik signifie « une vaste terre occupée par des animaux ».

Aujourd'hui, le Nunavik compte environ 11 000 habitants, dont 90 % Inuits, vivant dans 14 communautés réparties sur les côtes et le long des rivières : Kuujjuaraapik, Umiujaq, Inukjuak, Puvirnituq, Akulivik, Ivujivik, Salluit, Kangiqsujuaq, Quaqtaq, Kangirsuk, Aupaluk, Tasiujaq, Kuujjuaq et Kangiqsualujjuaq.

Chaque communauté dispose d'infrastructures municipales ainsi que des services essentiels modernes et adaptés au Nord. Par exemple, les logements et autres bâtiments ont l'eau courante ; l'eau provenant de réservoirs locaux est livrée quotidiennement par camion-citerne.

Aucune route ne mène au Nunavik ; le transport de passagers et de cargo se fait par avion et par navire.

À l'exception de Kuujjuaq, ces petites communautés sont dispersées le long des 2 500 kilomètres de côtes qui bordent le Nunavik, certaines sur la côte est de la baie d'Hudson, d'autres sur les côtes du détroit d'Hudson et de la baie d'Ungava. Kuujjuaq se situe un peu plus loin à l'intérieur des terres, en amont de la rivière Koksoak, directement sur la ligne des arbres, à cheval entre la taïga et la toundra. Avec sa population de 2 000 habitants, c'est la plus grande communauté du Nunavik, ce qui en fait aussi le centre administratif de la région.

Malgré la distance qui les sépare, les Inuits, qui sont chaleureux et qui vivaient jadis la vie de nomade, apprécient le contact social. Toutefois, les communautés du Nunavik n'étant pas reliées par des routes, les habitants doivent voyager par avion, par bateau ou en motoneige, selon les saisons, pour se visiter entre eux. Peu importe le temps froid, ces visites font des rencontres chaleureuses.

Comme la population du Nunavik est majoritairement inuite, l'inuktitut est la langue la plus parlée sur le territoire. Par contre, dû à la prépondérance du fédéral dans l'ancienne administration de la région, l'anglais est aussi utilisé couramment, surtout au travail, plus que le français, bien que celui-ci fasse des progrès considérables.

Pour savoir plus sur la région, visiter le site **www.nunavik.ca**.

Indicateurs de santé chez les Inuits

Les indicateurs de santé chez les Inuits du Nunavik sont peu encourageants comparés à ceux pour le reste du Québec : l'espérance de vie y est inférieure à 16 ans, les taux de mortalité infantile et d'hospitalisation sont quatre fois plus élevés et le taux de maladies infectieuses est très haut. Parmi les causes du taux de mortalité élevé on retrouve les tumeurs malignes, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires, les complications reliées au tabagisme et les accidents reliés à la consommation d'alcool. De plus, le taux de suicide au Nunavik est plus que sept fois plus élevé que celui pour le reste de la province : le taux chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans est 46 fois plus élevé, et celui chez les jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans est 23 fois plus élevé.

Le coût de la vie étant beaucoup plus élevé au Nunavik dû aux coûts reliés au transport, il est évalué que 43 % des ménages du Nunavik vivent en dessous du seuil de pauvreté, comparativement à 17 % pour le Québec.

Le Nunavik souffre aussi d'un manque de logement, plus de 500 familles ou individus étant sur une liste d'attente. Bien que la moyenne de personnes par habitation soit de 4,72, il n'est pas rare de voir de 10 à 12 personnes habiter un même logis. Par ailleurs, bien que certains logements comportent cinq ou six pièces, un grand nombre d'entre eux sont plus petits, ce qui contribue à un nombre de personnes par pièce plus élevé pour le Nunavik (0,93) que pour la grandeur du Québec (0,5).

Sources :

- *Les services de santé et les services sociaux au Nunavik* ;
- sommaire exécutif, RRSSSN, 2007 ;
- Plan régional de lutte contre la pandémie d'influenza, mission santé, document de travail, RRSSSN, 2006 ;
- *Rapport annuel 2009-2010* ;
- site Internet de l'Institut culturel Avataq.

Le réseau de la santé et des services sociaux du Nunavik

Le réseau de la santé et des services sociaux du Nunavik comprend la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik, le Centre de santé Inuulitsivik (côte d'Hudson) et le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava (côte d'Ungava). La *Convention de la Baie James et du Nord québécois* (*CBJNQ*) et conventions complémentaires ont établi les balises pour le développement des services de santé et des services sociaux sur le territoire du Nunavik. L'organisation des soins de santé et des services sociaux relève du système provincial, mais elle est adaptée aux réalités de la région.

Avec la taille de sa population et ses caractéristiques socioculturelles, le Nunavik est un lieu privilégié où se mêlent curatif et préventif, un endroit où les activités de promotion, de prévention et de protection peuvent s'exercer de la façon la plus harmonieuse et la plus naturelle, tant au niveau de la santé qu'au niveau des services sociaux.

La Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik

Pour le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le Nunavik correspond à la région sociosanitaire 17. La Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik (RRSSSN) gère un budget de près de 131 millions de dollars destiné aux services de santé et services sociaux pour la population des 14 communautés.

La RRSSSN emploie environ 65 personnes inuites et non inuites et comprend une direction générale, une direction de la santé publique, une direction de la planification et de la programmation, une direction des services administratifs une direction des valeurs et pratiques inuites. La direction des services hors-région et la direction régionale du développement des ressources humaines ont été créées en 2009-2010.

Un conseil d'administration composé de 20 membres chapeaute la RRSSSN :

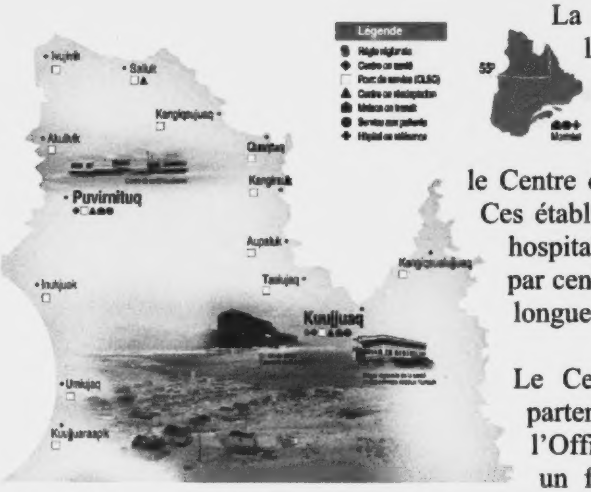
- 14 personnes représentant respectivement chaque village du Nunavik ;
- le directeur général de chacun des centres de santé (Tulattavik et Inuulitsivik) (deux membres) ;

- un membre nommé par le conseil d'administration de chaque centre de santé à même les représentants élus par les villages (deux membres) ;
- un membre nommé par le conseil d'administration de l'Administration régionale Kativik (ARK) ;
- la directrice générale de la RRSSSN.

Outre les fonctions directement reliées à l'administration, le conseil est responsable d'identifier les priorités relativement aux besoins de la population en matière de services de santé et de services sociaux, priorités qui sont soumises à la séance publique d'information que la régie tient annuellement.

La loi prévoit une représentation majoritaire des Inuits sur les conseils d'administration de la régie régionale et des établissements.

Centres de santé



La prestation des services est organisée localement et selon les sous-régions—Hudson et Ungava—et est centrée à deux établissements à vocations multiples, le Centre de santé Inuulitsivik à Puvirnituq et le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava à Kuujjuaq. Ces établissements poursuivent les missions de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (15 lits par centre) ainsi que de centre hospitalier de soins de longue durée.

Le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava, en partenariat avec la municipalité de Kuujjuaq et l'Office municipal d'habitation Kativik, maintient un foyer de soins infirmiers de 10 places. Un centre de jour pour les personnes âgées existe aussi à Kuujjuaq.

D'autres services comprennent la protection de l'enfance et de la jeunesse, avec deux directions de la protection de la jeunesse, une dans chaque sous-région. Les installations comprennent un centre de réadaptation régional de 14 places à Salluit, deux foyers de groupe sous-régionaux de 8 places chacun à Puvirnituq et Kuujjuaq et un point de service de CLSC dans chacune des 14 communautés.

Le point de service de CLSC de chaque communauté compte une équipe composée de professionnels provenant de différents domaines et disciplines ; ces équipes offrent une gamme de services de santé et de services sociaux à la population. La composition de l'équipe varie d'une communauté à l'autre, selon la taille de la population et les fonctions de l'équipe.

Les services de santé de deuxième ligne sont limités au Nunavik. Le recours à des ressources à l'extérieur de la région est la norme pour pratiquement tout examen et tout traitement spécialisés. Certains services sont offerts par les deux centres de santé, notamment par des spécialistes itinérants tels les gynécologues, psychiatres, orthopédistes, etc. Si les services spécialisés ou ultraspécialisés ne peuvent être rendus au Nord, le client est orienté aux ressources situées au Sud, selon l'entente avec le RUIS McGill ou autre entente.

Le Service aux patients à Montréal sert de liaison et de soutien dans ces cas de transfert ; il assure la réception, le transport, le logement et les services d'interprétariat ainsi que la liaison avec les établissements au Nord.

Un centre de crise de cinq places à vocation régionale, situé à Puvirnituq, offre des services de deuxième ligne en santé mentale. Les clients peuvent également être orientés vers le CHUM Notre-Dame (deux lits).

Mot de la présidente du conseil d'administration

Voici un survol de nos réalisations, de nos enjeux et de nos dossiers courants en services de santé et en services sociaux à la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik pour l'année 2010-2011.

RAPPORT DE SUIVI DE LA COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE (CDPDJ)

En septembre 2010, la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik (RRSSSN) a reçu avec optimisme le rapport de suivi de la CDPDJ. Nous sommes satisfaits du travail des intervenants du réseau depuis le début de l'enquête en 2007 et nous apprécions que leurs efforts pour améliorer la situation soient reconnus quant aux 21 recommandations mentionnées dans le rapport.

Suite aux conclusions qui permettent de fermer cette enquête, nous reconnaissons que tout n'est pas encore en place pour corriger la problématique sociale au Nunavik. La RRSSSN et ses établissements de santé poursuivront leurs efforts dans la consolidation et le développement des services à la jeunesse et à la famille pour assurer le mieux-être des *Nunavimmiuts*.

Pour n'en nommer que quelques-uns, le manque de logement, l'insécurité alimentaire et la précarité des emplois sont tous des facteurs qui contribuent à la problématique sociale. Nous sommes conscients que la situation des enfants au Nunavik reste et restera fragile tant et aussi longtemps que ces facteurs sociaux et économiques ne sont pas réglés.

Pour assurer la réussite des efforts du réseau de la santé et des services sociaux, l'avenir, la santé et la sécurité des enfants du Nunavik doivent passer par la mobilisation collective.

PROJET CLINIQUE

Depuis maintenant deux ans, la RRSSSN et ses partenaires travaillent sur le projet clinique pour réviser l'offre de services : jeunes en difficultés, dépendances et santé mentale. L'approche adoptée pour la révision de ces aspects tient compte des besoins des communautés. Les offres de services sont développées par elles, avec elles et pour elles. Les travaux des différents comités aviseurs sauront proposer une offre de services adaptée. Celle-ci, une fois adoptée par nos différents conseils d'administration, fera partie d'un plan de mise en œuvre. Ceci est rendu possible grâce au financement encore une fois renouvelé cette année du Fond de transition pour la santé des Autochtones de Santé Canada.

PLAN NORD

Au courant de la dernière année, plusieurs rencontres ont eu lieu concernant le Plan Nord. Toutefois, nous demeurons vigilants par rapport à ce dossier pour nous assurer que le développement de ce projet se fera tout en protégeant notre population. Plusieurs aspects de ce projet majeur auront des impacts à long terme et ceux-ci doivent être positifs pour la région.

SURVIVANTS DES PENSIONNATS

Le dossier des pensionnats restera longtemps gravé dans nos esprits. En mars dernier, des audiences de la Commission de vérité et de réconciliation Canada prenaient place à Inukjuak et à Kuujjuaq. Nous tenons à remercier la commission de son passage dans notre région. Nous sommes aussi heureux d'avoir permis le déplacement d'ambassadeurs de chacun des villages du Nunavik dans les deux villages où prenaient place ces événements grâce à notre programme Grandir ensemble. Nous tenons aussi à remercier Santé Canada, Makivik et notre Direction des valeurs et des pratiques inuites dans la réalisation de cet événement. La guérison doit se poursuivre pour le mieux-être de nos survivants, de leur famille et de nos communautés.

FORMATION DU PERSONNEL CADRE INUIT

Nous sommes particulièrement fiers de notre engagement avec notre Direction des valeurs et des pratiques inuites afin d'offrir le programme de formation à l'intention des cadres inuits du réseau. Ceci nous permet de renforcer nos capacités et démontre notre volonté d'avoir une main-d'œuvre inuite qualifiée au sein de nos organisations. Nous tenons à souligner leur courage et leur persévérance. Félicitations à tous les participants.

TOURNÉE DU NUNAVIK

En mars dernier, la RRSSSN a commencé une tournée des villages du Nunavik avec un premier arrêt à Puvirnituq. Il est important pour nous de nous rendre en personne dans chacun des villages pour aborder avec la population et avec les travailleurs du réseau les questions en santé et en services sociaux. Ceci nous permet aussi de vérifier par nous-mêmes l'état de nos installations. Nous poursuivrons dans les prochains mois et au courant de la prochaine année cette tournée d'information.

NUTRITION NORD CANADA

Le 29 mars dernier, l'Administration régionale Kativik et la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik accueillaient avec prudence les ajustements récemment annoncés concernant le programme Nutrition Nord Canada.

Après que le nouveau programme ait fait la manchette pendant plusieurs semaines, le gouvernement fédéral a annoncé le 9 mars qu'il allongerait la liste des articles admissibles à la subvention. La liste inclut maintenant tous les aliments ainsi que la plupart des produits non alimentaires qui étaient couverts par le programme Aliments-poste avant octobre 2010.

Bien que l'annonce semble répondre aux préoccupations soulevées par les résidents du Nord depuis quelques mois, elle ne tient pas compte de la résolution qu'a adoptée le conseil de l'ARK en décembre 2010. Au cours des derniers mois, l'ARK et la RRSSSN ont à maintes reprises demandé au ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien, John Duncan, de maintenir en place le programme Aliments-poste jusqu'à ce qu'un examen approfondi des impacts réels du nouveau programme Nutrition Nord Canada puisse être réalisé.

Il n'existe aucune donnée qui pourrait nous aider à bien comprendre comment le nouveau programme affectera les *Nunavimmiuts*, plus particulièrement les résidents les plus vulnérables de la région, soit les femmes enceintes, les enfants et les jeunes, les aînés et les chefs de famille monoparentale. Il importe également de mentionner que la liste tronquée de produits alimentaires admissibles à la subvention qui était en vigueur depuis octobre 2010 avait des effets désastreux au Nord.

Il faut maintenant que le gouvernement fédéral entame dans les plus brefs délais un examen approfondi des impacts du programme Nutrition Nord Canada en procédant de manière transparente et responsable à des consultations directement auprès des résidents du Nord. La liste allongée d'articles admissibles à la subvention qu'a annoncée le ministre Duncan le 9 mars ne sera applicable que pendant 18 mois et la nouvelle tarification complexe du programme Nutrition Nord Canada est tout de même entrée en vigueur le 1er avril 2011.

Le seul objectif que poursuivent l'ARK et la RRSSSN dans ce dossier est de faire en sorte que les *Nunavimmiuts* continueront d'avoir accès à des aliments sains et à des articles de première nécessité à un prix abordable, comparable à celui que paient les Canadiens ailleurs au pays. Plus précisément, le gouvernement fédéral doit veiller à ce que le nouveau programme Nutrition Nord Canada n'efface pas les efforts déployés depuis nombre d'années pour réduire le coût de la vie et améliorer la santé et d'autres aspects importants des gens qui vivent au Nord.

ENTENTE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX : PLANIFICATION STRATÉGIQUE

Le 15 février dernier, à Québec, une entente sur la prestation et le financement des services de santé et des services sociaux au Nunavik fut signée entre le gouvernement du Québec et la région du Nunavik. Cette entente est le fruit d'un long processus qui s'est avéré parfois exigeant.

Le 6 mars 2009, les ministres Bolduc et Thériault ont signé une entente cadre avec nous, ce qui a signalé leur engagement de collaborer vers cet objectif. Le 5 juillet 2010, M. le Premier ministre et les ministres Thériault et Corbeil étaient à Kuujjuaq afin d'annoncer que le gouvernement du

Québec et la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik ont conclu une entente septennale pour la prestation et le financement de services de santé et de services sociaux au Nunavik.

La signature de cette entente représente une autre étape importante qui fait preuve de l'engagement du ministère de la Santé et des Services sociaux envers les *Nunavimmiuts*.

Bien avant cette entente cadre, nous travaillions déjà sur notre plan régional stratégique pour les services de santé et les services sociaux au Nunavik. Pendant plusieurs années, nous, à la Régie régionale Nunavik, collaborions avec nos partenaires des Centres de santé Inuulitsivik et Tulattavik afin d'élaborer le plan régional stratégique.

Cet effort marque pour la première fois depuis la signature de la *Convention de la Baie James et du Nord québécois* en 1975 que les besoins en matière de services de santé et de services sociaux du Nunavik font l'objet d'une évaluation et d'un plan approfondis.

D'abord, il a fallu définir l'état de santé et les conditions sociales de notre population. Ensuite, nous avons identifié les priorités en termes d'actions pour une période de sept ans. Nous connaissons notre population et ses besoins. Voilà pourquoi nous avons choisi comme priorités la protection de la jeunesse, les services sociaux et les services de santé mentale.

Nous avons également défini une approche centrée sur la communauté. Les services seront fournis de façon intégrée. Nos professionnels et notre personnel travailleront en équipe et non « en silo ».

Fournir les services demande du personnel et de l'infrastructure. Nous avons donc identifié le personnel et l'infrastructure nécessaires dans le cadre du plan stratégique.

La signature de l'entente signale des nouveaux fonds pour le développement de services et d'installations pour les sept prochaines années, une réalisation majeure dont nous pouvons tous être fiers.

MISE À JOUR SUR LE DÉFICIT ACCUMULÉ ET SUR LE BUDGET DE FONCTIONNEMENT

Depuis sa création, la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik a eu à assurer une gestion avec un haut niveau de difficulté pour répondre aux besoins de la population. Plusieurs fois, ceci a fait l'objet de plusieurs discussions avec le MSSS, et la RRSSSN a toujours maintenu dans ses discussions que la région du Nunavik était sous-financée pour offrir tous les services nécessaires.

Nous sommes heureux d'annoncer que le MSSS est arrivé aux mêmes conclusions que nous en injectant de nouveaux argents et en faisant les ajustements nécessaires pour les années financières 2009-2010 et 2010-2011.

En conséquence, pour l'année financière 2009-2010, différents montants ont été appliqués au remboursement du déficit accumulé en un paiement pour effacer les déficits accumulés au 31 mars 2010 comme suit :

TULLATAVIK	INUULITSIVIK	TOTAL
28 394 950 $	100 117 240 $	128 512 190 $

Par ailleurs, des ajustements ont été apportés pour le budget de fonctionnement de 2010-2011 (budget récurrent ajouté aux budgets existants), c'est-à-dire :

TULLATAVIK	INUULITSIVIK	TOTAL
7 475 433 $	17 933 353 $	25 408 786 $

Pour la nouvelle année financière 2011-2012, considérant les nouveaux fonds reçus du MSSS, les deux centres de santé commenceront la nouvelle année financière avec un budget équilibré.

Toutefois, concernant la RRSSSN, nous avons toujours un déficit accumulé de 5 209 874 $. Nous avons à négocier avec le MSSS pour notre déficit annuel de 600 000 $.

MODULE DU NORD QUÉBÉCOIS (MNQ)

Le 2 mars dernier, nous avons annoncé que le MNQ emménage à compter du 9 avril 2011 dans une partie des installations du YMCA – La Résidence. Ceci met fin à la présence du MNQ dans le quartier Notre-Dame-de-Grâce comme le bail se termine en avril 2011.

Le YMCA – La Résidence situé au 4039, rue Tupper à Westmount, c'est trois étages qui comprennent 150 lits, un service de cafétéria et une buanderie sur place. Le bâtiment est situé près des services du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) qui s'inscrivent dans la prestation de services du RUIS McGill (réseau universitaire intégré de santé).

Ceci permet de regrouper dans un établissement les services du MNQ qui étaient auparavant offerts à différents endroits. Toutefois, le MNQ est heureux de conserver les services de la

maison Chez Gigi et Michèle qui continuera à offrir de l'hébergement aux femmes enceintes qui rencontrent des complications durant leur grossesse.

La sécurité des patients est notre priorité. L'emplacement bénéficie d'une sécurité accrue. Des gardiens de sécurité dédiés aux étages du MNQ sont présents 24 heures sur 24 et sept jours par semaine. Chacun des usagers est enregistré et les accès sont contrôlés.

Nous poursuivons nos recherches afin d'identifier un emplacement permanent pour le MNQ à Montréal. Le YMCA – La Résidence demeure une installation temporaire à court et à moyen terme. L'objectif est d'offrir un endroit permanent aux Inuits qui doivent se déplacer à Montréal pour obtenir des soins de santé spécialisés qui ne sont pas offerts au Nunavik.

JEUX SCOLAIRES DU NUNAVIK

Les premiers jeux scolaires du Nunavik, organisés principalement par la Commission scolaire Kativik, l'Administration régionale Kativik, la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik et plusieurs de nos partenaires, ont été tenus du 7 au 13 avril 2011 à Kuujjuaraapik.

Les 14 communautés du Nunavik étaient fièrement représentées par leur équipe scolaire. Nous sommes aussi très heureux de la participation de nos voisins du Nunavut et de la communauté crie de Whapmagoostui.

Lors de cet événement qui se tenait dans un environnement éducatif et sain, plus de 200 jeunes âgés de 11 à 16 ans et provenant de 16 écoles ont su démontrer leurs compétences dans au moins cinq disciplines sportives telles que le cross-country, le volleyball, le soccer, le basketball et le hockey-balle.

En marge de ces activités, c'était aussi l'occasion pour la Direction régionale de la santé publique du Nunavik de tenir des activités de sensibilisation abordant les thématiques suivantes : activité physique, nutrition, diabète, tabagisme et maladies infectieuses. Les élèves étaient encouragés à travailler en équipe dans l'espoir de remporter les honneurs de la Coupe des Jeux scolaires du Nunavik remise à l'école qui aurait excellé lors des compétitions, de la Coupe du Défi santé remise à l'école accumulant le plus de points santé ou bien de la Coupe de l'Éthique sportive afin de souligner l'école qui s'est démarquée au niveau de l'esprit sportif.

Nous tenons à féliciter les vainqueurs et tous les participants. Nous tenons également à féliciter les organisateurs et nos partenaires qui ont su faire de cet événement un franc succès, lequel, on espère, prendra place à nouveau l'année prochaine pour une seconde édition.

PRIORITÉS 2010-2011 EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX AU NUNAVIK

Nous tenons à vous rappeler que lors de notre dernier AGA du mois d'octobre 2010, les priorités suivantes ont été établies pour la période qui s'étendait du 1er avril 2010 au 31 mars 2011 :

1. assurer les services afin de prévenir l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) ;
2. renforcer l'identité culturelle inuite par la guérison et développer des approches culturelles afin d'améliorer le bien-être ;
3. établir des liens de soutien et offrir des services afin de renforcer les familles.

Par ailleurs, la protection de la jeunesse, le Module du Nord québécois (MNQ) et les services hors région et plusieurs autres sujets demeurent au cœur de nos préoccupations.

En conclusion, nous aimerions souligner le travail extraordinaire de nos ressources humaines en santé et en services sociaux. Chacun de leurs gestes est une contribution majeure à l'amélioration de notre état de santé. Il est important de valoriser leur travail qui parfois se fait dans un contexte difficile.

C'est pourquoi nous devons travailler davantage à leur offrir des incitatifs à demeurer dans la région si nous voulons continuer à offrir des services de santé et des services sociaux de plus en plus adaptés et de meilleure qualité. Si nous voulons continuer à offrir des services de qualité, nous aurons besoin de plus de maisons pour une main-d'œuvre qualifiée qui va s'accroître dans les années à venir.

Nous ne pouvons pas abandonner et nous devons travailler conjointement pour atteindre nos objectifs. À cet égard, nous aimerions également remercier nos partenaires et les membres du réseau de la santé et des services sociaux pour leur collaboration exceptionnelle.

Alasie Arngak

Conseils d'administration du réseau de la santé et des services sociaux au Nunavik

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant d'autres dispositions législatives* (L.R.Q., 1991, ch. S-4.2) établit clairement les responsabilités, les droits et les pouvoirs des membres des conseils d'administration. La loi prévoit aussi des mécanismes plus précis afin d'assurer l'imputabilité desdits membres ainsi que la transparence de leurs décisions.

Les responsabilités des membres des conseils d'administration se distinguent de celles des cadres. Entre autres, les premiers ont à :

- établir les priorités et les orientations de l'organisme ;
- assurer que les services offerts sont pertinents, de bonne qualité et efficaces ;
- assurer que les droits des usagers sont respectés et que leurs plaintes sont traitées dans un délai raisonnable ;
- assurer que les ressources humaines, matérielles et financières sont utilisées de façon économique et efficace ;
- assurer que les intervenants des établissements sont pleinement engagés et motivés et ont les possibilités de perfectionnement.

Conseil d'administration de la régie régionale

Quelques changements ont eu lieu au sein du conseil d'administration de notre organisme en cours d'année.

• Johnny Qaqutuq	Représentant d'Akulivik
• Kitty Annanack	Représentant de l'ARK

- Le poste de représentant de la communauté d'Akulivik a été comblé par Sarah Anautak Jr. le 23 février 2010, qui, par la suite, a été remplacée par Johnny Qaqutuq le 20 avril 2010.
- Andy Moorhouse, qui occupait le poste de représentant de l'ARK, a été remplacé par Kitty Annanack le 20 avril 2010.

Le conseil d'administration de la régie est composé des personnes suivantes :

- un(e) représentant(e) nommé(e) par chacun des villages nordiques du territoire défini selon l'article 530.1 (14 membres) ;
- le(a) directeur(trice) général(e) de chaque établissement ainsi qu'une autre personne nommée par les membres du conseil d'administration de chaque établissement et choisie parmi les personnes mentionnées dans paragraphe 1 de l'article 530.13 (quatre membres) ;
- un(e) conseiller(ère) régional(e) nommé(e) par le conseil d'administration de l'ARK (un membre) ;
- le(a) directeur(trice) général(e) de la régie (un membre).

Nous tenons à féliciter les nouveaux membres élus. Nous tenons également à souligner et à remercier pour leur précieuse collaboration les membres qui nous ont quittés.

Lors de la séance du 5 décembre 2010, un nouveau comité exécutif a été nommé par les membres :

Arngak, Alasie	Présidente, représentante de Kangiqsujuaq
Weetaluktuk, Eva	Vice-présidente, représentante d'Inukjuak
May, Jeannie	Secrétaire, directrice générale de la RRSSSN

Pomerleau, Madge	Membre du comité exécutif, directrice générale du CSTU
Snowball, Bobby Sr.	Membre du comité exécutif, représentant de Kuujjuaq

Composition du conseil d'administration au 31 mars 2011

Comité exécutif

Arngak, Alasie	Présidente, représentante de Kangiqsujuaq
May, Jeannie	Secrétaire, directrice générale de la RRSSSN
Pomerleau, Madge	Membre du comité exécutif, directrice générale du CSTU
Snowball, Bobby Sr.	Membre du comité exécutif, représentant de Kuujjuaq
Weetaluktuk, Eva	Vice-présidente, représentante d'Inukjuak

Membres du conseil

- Angutinguak, Daisy — Représentante d'Aupaluk
- Annanack, Kitty — Représentante de l'ARK
- Baron, Christina — Représentante de Kangiqsualujjuaq
- Beaudoin, Jane — Directrice générale d'Inuulitsivik
- Kulula, Louisa — Représentante de Quaqtaq
- Kumarluk, Willie — Représentant d'Umiujaq
- Mangiuk, Qumaq L. — Représentant d'Ivujivik
- Munick Kauki, Annie — Représentante de Tasiujaq
- Niviaxie, Lizzie — Représentante de Kuujjuaraapik
- Padlayat, Josepi — Représentant du CA d'Inuulitsivik
- Pauyungie, Illashuk — Représentant de Salluit
- Qaqutuk, Johnny — Représentant d'Akulivik
- Snowball, Bobby Sr. — Représentant de Kuujjuaq

- Tukkiapik Carrier, Lucy — Représentante de Kangirsuk
- Uitangak, Elisapee — Représentante de Puvirnituq

Aucune politique n'a été adoptée ni modifiée durant l'année financière.

Direction générale

Mot de la directrice générale

À mon retour de congé de maternité en janvier 2010, la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik était pleinement occupée avec les dossiers prioritaires, dont les négociations avec le ministère de la Santé et des Services sociaux concernant notre plan régional stratégique. Nous sommes fiers d'annoncer l'achèvement du plan au mois d'août 2010, grâce aux efforts de notre équipe à la RRSSSN, au soutien des membres de notre conseil d'administration ainsi qu'à la collaboration du MSSS. Avec le bien-être des *Nunavimmiuts* au cœur de notre mission, nous avons permis au réseau sociosanitaire de maintenir et d'améliorer l'offre de services destinés à la population.

Le 2 février 2010, nous avons présenté notre état de situation à la Commission parlementaire, qui l'a bien accueilli.

Durant l'année, nous avons également travaillé étroitement avec le Centre de santé Inuulitsivik et le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava de même qu'avec notre conseil d'administration sur des dossiers importants, tels la relocalisation du Module du Nord, un service qui assure le logement et autre soutien aux patients qui se rendent à Montréal afin d'y recevoir des soins de santé non disponibles au Nord. À ce moment, nous avons une solution temporaire et nous poursuivrons nos recherches d'une solution permanente qui répond à nos besoins.

Une autre priorité de cette année fut les services de réadaptation pour les jeunes. Nous avons assisté à une rencontre réunissant le comité exécutif de la RRSSSN, du CSTU et du CSI pour discuter des façons de mieux orienter ces services essentiels.

Nous participons également au Plan Nord ainsi qu'à des discussions très importantes, avec les *Nunavimmiuts* et les représentants gouvernementaux, sur ce projet de développement.

Le dossier des pensionnats était parmi nos priorités de cette année. Ce chapitre de notre histoire a eu des effets négatifs de longue durée sur notre vie collective. Aujourd'hui, les Inuits font face à des défis qui surgissent génération après génération ; il faut trouver des solutions afin d'assurer notre guérison. Avec les témoignages des anciens élèves de pensionnat et des enfants de ces anciens élèves, j'espère recevoir tout le soutien nécessaire de tous les ordres de gouvernement. Ce traumatisme non résolu représente un obstacle majeur à notre bien-être. Il faut y faire face afin de pouvoir planifier notre avenir.

Finalement, je voudrais remercier mon équipe et les directeurs de leurs efforts sans cesse pour m'appuyer dans mes responsabilités et pour assurer que les priorités identifiées par notre conseil d'administration reçoivent l'attention nécessaire. J'aimerais aussi remercier nos partenaires régionaux de leur soutien et collaboration continus afin de créer un avenir positif pour le Nunavik. Enfin, mes remerciements à notre conseil d'administration et à notre présidente, Alasie Argnak, qui a encore fait preuve de son engagement envers la région et la population. Cette année fut une année remplie de succès ; espérons-la même pour les années à venir. Nakurmiik !

Jeannie May

Gouvernement régional Nunavik

L'an 2010-2011 a vu beaucoup de travail sur le dossier du Gouvernement régional Nunavik (GRN). L'entente finale sur la création de cette entité, ainsi que les commentaires reçus tout au long du processus, ont été discutés entre les trois instances qui participent aux négociations : la Société Makivik, le Gouvernement du Canada et le Gouvernement du Québec. Les membres de notre conseil d'administration ont reçu des mises à jour régulières concernant la fusion des trois organismes publics—l'administration régionale Kativik, la Commission scolaire Kativik et la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik—ainsi que l'Assemblée Nunavik (une entité élue), son organisation, ses pouvoirs, la période de transition et le plan d'implantation.

Les négociateurs ont statué sur le libellé de l'entente finale ; ensuite, accompagnés d'une équipe de soutien, ils ont visité tous les villages afin d'informer la population. Des rencontres publiques ont été tenues dans chaque communauté, où les négociateurs ont répondu aux questions.

L'entente finale explique l'implantation, en deux phases, du Gouvernement régional Nunavik. La première phase sera la création du gouvernement régional par la fusion des trois instances publiques mentionnées ci-haut ainsi que la définition de son statut juridique, de ses pouvoirs et responsabilités, de sa structure—l'Assemblée Nunavik, le Conseil exécutif—et de son administration. Cette première phase couvre également l'élection de l'assemblée et du conseil, le cadre financier, les conseils consultatifs et les organismes consultatifs spéciaux de l'assemblée, le comité bipartite sur les Naskapis et, enfin, les relations avec les différents ordres de gouvernement, Makivik, la nation crie, les Premières nations et les régions voisines inuites du Canada. La première phase se terminera avec le comité de transition et la direction transitionnelle.

L'objectif de la deuxième phase de l'entente finale sera les négociations pour une entente supplémentaire ou des ententes supplémentaires octroyant, selon le cas, de nouveaux pouvoirs au GRN, possiblement inspirés des recommandations du rapport de la Commission Nunavik de 2001, intitulé *Partageons : tracer la voie vers un gouvernement pour le Nunavik.*

Les *Nunavimmiuts* ont été invités à exprimer leur accord ou désaccord concernant l'entente finale lors d'un référendum tenu le 27 avril 2011. La majorité des électeurs ont voté non à l'entente finale concernant la création du Gouvernement régional Nunavik.

Services préhospitaliers d'urgence et mesures d'urgence

Services préhospitaliers d'urgence

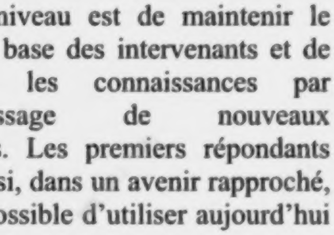
L'année 2010-2011 a permis de stabiliser la plupart des 12 communautés où le service de premiers répondants est déjà implanté. Des formations complètes pour les premiers répondants ont été données dans les villages suivants et ont été offertes aux autres communautés :

Inukjuak :	Mai 2010
Salluit :	Septembre 2010
Kangiqsualujjuaq :	Octobre 2010
Kangirsuk :	Novembre 2010
Kangiqsujuaq :	Février 2011

En mars 2010, la première formation de mise à niveau à ce jour a été offerte au Nunavik. Le but ultime de ces mises à niveau est de maintenir le savoir de base des intervenants et de rehausser les connaissances par l'apprentissage de nouveaux protocoles. Les premiers répondants seront ainsi, dans un avenir rapproché, habilités à utiliser du matériel de stabilisation qui ne leur est pas possible d'utiliser aujourd'hui faute de formation adéquate.

Le programme de formation a donc été modifié afin de permettre aux premiers répondants d'acquérir plus de compétences. Cette nouvelle formation a été donnée cette année aux villages d'Inukjuak, Umiujaq et Kuujjuaraapik où le niveau a été ajusté en relation avec le niveau respectif des intervenants des villages. Il sera maintenu dans le futur pour permettre à tous les premiers répondants d'y avoir accès et sera rehaussé au fur et à mesure de leur progression.

Les premiers répondants du Nunavik ont intervenu plus de 810 fois pendant cette année financière. Répartis sur une année complète, cela représente une moyenne de trois interventions par jour dans tout le Nunavik.



Cette année, un registre des premiers répondants de toute la région a été implanté. Ce registre nous permettra de suivre la progression des premiers répondants de chaque village. Celui-ci servira d'outil de prédilection dans la dispensation de formation adaptée à chaque village, selon leur degré de compétences acquises. Une carte d'identification a aussi été produite pour les premiers

répondants qui ont complété la formation de base ou qui ont suivi la recertification de mise à niveau qui doit se faire annuellement. À partir de janvier 2012, chaque premier répondant qui œuvrera sur le territoire devra posséder cette carte démontrant qu'il est accrédité par la RRSSSN.

Les femmes sont aussi de plus en plus nombreuses à s'impliquer dans les services de premiers répondants des communautés. Il est intéressant de noter qu'à l'heure actuelle, un peu plus de 22 % des premiers répondants de la région sont de sexe féminin.

Il demeure important de souligner le travail admirable des gens qui composent ces équipes. Les premiers répondants sont des personnes dévouées dans leur communauté. Sans oublier aussi les coordonnateurs locaux qui, chacun dans leur village, participent à la dispensation du service préhospitalier et s'occupent d'une partie de la logistique assurant ainsi le succès des formations.

Enfin, soulignons l'excellente collaboration de l'Administration régionale Kativik dans ce dossier. Suite à une entente entre la RRSSSN et l'ARK, la formation est maintenant beaucoup plus accessible grâce à du financement supplémentaire provenant du Service de l'emploi et de la formation de l'ARK.

Mesures d'urgence, mission santé

Cette année, de la formation a été organisée pour consolider l'équipe d'intervention d'urgence de la RRSSSN qui est parfois soumise à un roulement de personnel élevé. Le rôle des intervenants au sein de l'équipe a été clarifié pour une meilleure compréhension et une meilleure cohésion et pour faciliter la coordination en cas d'urgence.

De la formation a aussi été donnée aux intervenants de première ligne des différents villages de la côte de l'Ungava au niveau du psychosocial. Le rôle des intervenants psychosociaux est de soutenir psychologiquement les victimes et leurs familles lors d'un éventuel sinistre[1] dans la région. Ce soutien est souvent essentiel à court terme mais joue aussi un rôle qui peut être prolongé à plus long terme, dépendant de la situation vécue.

[1] La *Loi sur la sécurité civile* définit un sinistre comme : « Un événement dû à un phénomène naturel, une défaillance technologique ou un accident découlant ou non de l'intervention humaine, qui cause de graves préjudices aux personnes ou d'importants dommages aux biens et exige de la collectivité affectée des mesures inhabituelles, notamment une inondation, une secousse sismique, un mouvement de sol, une explosion, une émission toxique ou une pandémie ».

Pour bien saisir la notion de sinistre, on doit tenir compte de l'écart entre, d'une part, l'augmentation des besoins provoqués par l'aléa et, d'autre part, la capacité des autorités à répondre à ces besoins.

Direction de la planification et de la programmation

Mot de la directrice par intérim

Je suis arrivée à la RRSSSN au cours du second trimestre, à titre de consultante, afin d'assurer l'encadrement des professionnels et des activités en cours. Parmi les réalisations de l'année 2010-2011, je tiens à souligner l'excellent travail de l'équipe de la planification et de la programmation qui s'est mobilisée autour du projet clinique lancé en 2009 suite à une réforme de la *Loi sur la santé et les services sociaux* par le gouvernement du Québec.

Parmi les objectifs ciblés par la régie en partenariat avec les deux centres de santé, notons :

- l'amélioration et le développement des services pour les jeunes en difficulté et leur famille, les services en santé mentale et en toxicomanie destinés à la jeunesse et aux familles, cibles prioritaires recommandées par le Comité d'orientation des partenaires du réseau pour la santé et le bien-être au Nunavik ;

- le renforcement des partenariats afin de fournir une offre de services adéquate et coordonnée aux *Nunavimmiuts* afin d'être en mesure de relever le défi des services dans un contexte de problèmes sociaux complexes.

L'implication des leaders et des associations au processus a mis en lumière la nécessité de développer une nouvelle façon de concevoir les services et programmes au Nunavik afin de s'assurer que les Inuits soient au cœur du processus.

Les travaux effectués par les comités ont permis de faire comprendre de part et d'autres l'apport des traumatismes historiques non résolus, des écoles résidentielles et du massacre des chiens, qui sont à l'origine des problèmes sociaux, ainsi que la transmission intergénérationnelle de ces problèmes.

Le pouvoir des Inuits à réguler leur société a été réduit par « l'instauration de services sociaux gouvernementaux [qui] a évacué les méthodes traditionnelles de soutien aux personnes en difficulté, sans toutefois s'adapter à la culture et à la réalité des Inuits ».[1]

Le projet clinique offre une opportunité aux Inuits de reprendre du pouvoir sur les orientations du système de santé et de s'assurer que les services reflètent leurs valeurs, leurs désirs, leurs besoins et leur culture tout en tenant compte du cadre législatif.

---

[1] « Enquête portant sur les services de protection de la jeunesse dans la baie d'Ungava et la Baie d'Hudson, NUNAVIK ». Rapport, conclusions d'enquête et recommandations. Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, Québec, p.5.

L'année 2010-2011 a permis de regrouper et de mettre en action tous les acteurs clés provenant des associations et organismes communautaires inuits et des partenaires intersectoriaux ainsi que ceux des centres de santé et de la RRSSSN. Cette mobilisation et investissement soutenus demandent un grand engagement à toutes les organisations et à tous les individus impliqués dans cet important processus. Nous tenons à les remercier de leur précieux engagement et de la confiance qu'ils démontrent envers le processus du projet clinique.

Beaucoup de chemin reste à parcourir avant d'en arriver au dépôt de recommandations. Le processus de changement exige de la régie régionale et des centres de santé un engagement soutenu et continu dans la prochaine année.

Profitons de l'opportunité qui nous est offerte de faire les choses différemment et ensemble pour l'amélioration du bien-être des *Nunavimmiuts*.

Claude Bouffard

Projet clinique

Le projet clinique est un exercice de révision des services de santé et des services sociaux exigé par le gouvernement du Québec. Au Nunavik, ce processus a été lancé à l'automne 2009 par les deux centres de santé de la région ainsi que par la RRSSSN. Dans un premier temps, les deux centres de santé ont décidé de réviser les services des programmes-services jeunes en difficulté, santé mentale et dépendances.

Priorisation des services à améliorer ou à développer

À l'intérieur des trois programmes-services priorisés, plusieurs services ont été reconnus comme nécessitant une amélioration ou comme inexistant dans la région. Dans le but de prioriser quels services devaient être améliorés ou développés en priorité dans la région, un comité d'orientation des partenaires de la santé et du bien-être au Nunavik a été créé. Celui-ci a réuni plus de 30 organisations des milieux associatifs, communautaires et institutionnels entre le 2 et le 4 juin 2010 à Kuujjuaq. Voici les priorités identifiées collectivement lors de cette rencontre :

Jeunesse et famille

- renforcement d'un programme régional de soutien parental et développement d'un réseau de ressources communautaires pour soutenir les familles ;
- développement de mécanismes d'implication de la communauté dans le processus de protection de la jeunesse ;
- développement d'un programme de mesures alternatives de justice pour les jeunes contrevenants.

Santé mentale

- développement d'une stratégie régionale en prévention du suicide ;
- développement d'un programme régional de prévention et de promotion en santé mentale ;
- renforcement des ressources résidentielles pour les personnes vivant avec des troubles chroniques de santé mentale.

Dépendances

- développement d'une stratégie régionale de prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) et de services de diagnostic, d'intervention et de soutien pour les individus et les familles déjà affectés ;
- développement d'un réseau communautaire de conseillers inuits en dépendance ;
- développement d'un programme complet en matière de toxicomanie pour les 6 à 12 ans.

De plus, le Comité d'orientation a permis de recentrer le processus du projet clinique sur une revendication majeure des représentants inuits. Les partenaires ont demandé que les Inuits soient significativement impliqués dans chacune des étapes du processus d'élaboration des recommandations en termes de service. Cette demande a été intégrée dans la composition et le fonctionnement des comités chargés de concevoir les recommandations mis en place à partir de l'automne 2011.

Mise en place des comités et avancement des travaux

À l'automne 2011, pour chacun des programmes-services en révision, un comité aviseur incluant toutes les organisations souhaitant participer au processus d'élaboration des recommandations a été créé. Ces comités, formés à majorité de représentants inuits, étudient les recommandations faites par des comités de travail plus restreints. Les comités aviseurs doivent s'assurer que ces recommandations sont basées sur les valeurs, besoins, désirs et culture inuits, qu'elles sont implantables et réalistes et également qu'elles sont soutenues par les organisations concernées. Chacun des comités aviseurs et des comités de travail créés ont élu un président inuit devant s'assurer que les recommandations seront élaborées et promues avec succès.

En plus des trois comités aviseurs, les comités de travail suivants ont été mis en place au cours de l'année :

- Qiturngavut ;
- implication de la communauté dans le processus de la protection de la jeunesse ;
- ressources résidentielles pour les personnes ayant des troubles de santé mentale chroniques.

Les autres comités de travail sont en cours d'implantation.

Enfance-jeunesse-famille (EJF)

Le mandat principal de l'équipe EJF est d'assurer l'implantation de *l'Offre de service – Jeunes en difficultés 2007-2012* du MSSS, c'est-à-dire développer des services en soutien aux jeunes en difficulté âgés de 0 à18 ans et à leur famille et s'assurer que ces services-programmes soient « en accord avec leurs réalités sociales spécifiques et leurs valeurs culturelles ».

L'équipe est composée d'un conseiller et de deux agents de planification et de programmation. La période du présent rapport a été marquée par la fin de l'enquête de la CDPDJ (septembre 2010) et par le déploiement de nouvelles ressources de réadaptation psychosociale pour les jeunes.

EJF - Services de première ligne

Programmes en négligence et soutien parental

Des progrès significatifs dans l'établissement de programmes de soutien parental au Nunavik afin de contrer la négligence ont été marqués.

Les travaux du Comité Qiturngavut ont suffisamment progressé pour que ceux-ci soient officiellement présentés au Comité aviseur jeunesse au printemps 2011. Les membres du comité sont d'opinion que les problèmes associés à la négligence doivent être abordés conjointement par les établissements et les organisations en considérant que :

- les services de première ligne doivent être renforcés ;
- les services des CLSC doivent être expliqués et promus auprès de la population ;
- des efforts substantiels doivent se poursuivre afin de recruter et maintenir du personnel inuit dans le réseau de la santé et des services sociaux ;
- les cinq programmes de soutien parental identifiés par le comité sont considérés comme étant les meilleures pratiques parentales inuites et comme valides pour implantation ;
- les différents organismes revoient leur mode de fonctionnement afin de favoriser l'échange d'expertise et le partenariat ;
- le développement et l'appréciation du réseau communautaire, particulièrement les organismes à caractère familial, sont considérés comme des priorités et activement appuyés par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Ces recommandations, en vue d'implanter un programme pour contrer la négligence, furent présentées au Comité aviseur jeunesse et reçues très positivement.

EJF – Services-programmes de deuxième ligne

Protection de la jeunesse

Faits saillants

- L'année 2010-2011 a été orientée à la consolidation des équipes d'intervention en protection de la jeunesse et à la promotion d'une implication plus qualitative des travailleurs inuits dans ces équipes et au sein des équipes de gestion.
    - Le programme de formation et de mentorat pour les travailleurs inuits organisé avec la collaboration du Cegep Marie-Victorin est en cours.

- Les deux directeurs de la Protection de la jeunesse bénéficient d'un programme d'apprentissage de gestionnaires inuits, directeur ou assistant directeur, d'une durée de deux ans.

- Les travaux cliniques préparatoires à l'implantation du système informatique PIJ sont très avancés et un plan régional d'implantation est en discussion.

Développement de nouvelles ressources en réadaptation – jeunesse

Faits saillants

- Construction de deux nouvelles ressources spécialisées pour des enfants de 6 à 11 ans, l'une à Kuujjuaq et l'autre à Kuujjuaraapik.

- Implantation et suivi du projet Ulluriaq, Boscoville 2000, à Montréal. Les deux unités de réadaptation avec encadrement dynamique élevé sont en fonction depuis mai 2010. Il s'agit d'un projet piloté par la RRSSSN en collaboration avec Boscoville 2000 qui permet d'héberger jusqu'à 16 adolescents (de 12 à 18 ans) : huit filles et huit garçons. La combinaison de l'approche du Cercle du courage et de l'approche psycho-éducative ainsi que l'inclusion d'activités culturelles inuites et le respect de la spécificité inuite semblent donner de bons résultats.

- Les travaux en vue du rapatriement de ces deux unités (huit garçons et huit filles) au Nunavik ont pris du retard. À la fin de l'année budgétaire 2010-2011, on n'avait toujours pas l'approbation pour la construction d'un centre de réadaptation pour filles. Le fait que le poste de directeur régional de services de réadaptation jeunesse est resté vacant depuis juin 2010 a retardé la mise à niveau de l'équipe et des installations du Centre de réadaptation Sapummivik pour garçons de 12 à 18 ans (Salluit).

- Consolidation du Service régional d'accès Nunavik, qui permet de centraliser les entrées, les sorties et les transferts aux services d'hébergement et de réadaptation pour les jeunes du Nunavik qui y sont référés par les DPJ ou par les CLSC. Il est en fonction depuis mars 2010.

Travail en partenariat en vue de la réorientation et du développement de programmes, projets cliniques

Faits saillants

- Consolidation de la Table régionale DPJ-Réadaptation-CLSC, notamment du sous-comité DPJ-Réadaptation. Cette table, créée en 2008 dans le contexte de l'intervention de la CDPDJ,

réunit les principaux acteurs régionaux du réseau travaillant dans les dossiers Jeunes en difficulté. Cette table siège six fois par année.

- Constitution du Comité aviseur jeunesse en octobre 2010. Il est formé de quatorze organisations ; la majorité de ses membres (10) ainsi que le président du comité sont inuits. Son mandat est de formuler des recommandations afin d'améliorer l'offre de services pour :

  a) contrer la négligence et développer les habilités parentales ;
  b) développer des mécanismes pour impliquer la communauté dans le processus de protection de la jeunesse ;
  c) développer des initiatives de justice alternative pour les jeunes contrevenants admissibles aux sanctions extrajudiciaires (*LSJPA*).

  Les points a) et b) sont abordés par deux comités de travail.

Dépendance – jeunesse

- Organisation de la Table régionale sur la dépendance en mai 2010, réunissant les principaux partenaires locaux concernés par la problématique de dépendances chez les jeunes *Nunavimmiuts*.

- Les postes d'intervenants-pivot en dépendances jeunesse ont été affichés à l'automne 2010. L'intervenante est en poste au CH Inuulitsivik depuis novembre 2010. Sur la côte d'Ungava, le poste est toujours vacant.

Perspectives EJF pour 2011-2012

- Compléter l'équipe.
- Continuer les travaux en partenariat (Comité aviseur jeunesse et ses trois comités de travail) en vue de la réorientation et du développement de programmes en accord avec les valeurs inuites et avec les besoins spécifiques des jeunes *Nunavimmiuts* et de leur famille.

Première ligne

- Soutenir la mise en place des recommandations du comité Qiturngavut.
- Soutenir les CLSC dans le développement ou la consolidation des équipes enfance- jeunesse-famille.
- Reprendre les conclusions du rapport Maurice et élaborer un plan pour la mise en place des services pour les enfants et les jeunes qui présentent des problèmes de déficience intellectuelle.

- Commencer les travaux en vue d'établir une étroite collaboration entre le réseau de la santé et des services sociaux du Nunavik et la Commission scolaire Kativik.

Deuxième ligne

- Soutenir les travaux vers la mise en place d'un centre jeunesse au Nunavik.
- Contribuer à l'implantation des recommandations du Comité de travail sur la participation de la communauté au processus de protection de la jeunesse et à l'installation du Comité sur les initiatives en justice alternative pour les jeunes délinquants.
- Soutenir le déploiement de services et de ressources en soutien à la famille de jeunes en difficulté pris en charge par la Protection de la jeunesse.
- Développer les mécanismes d'accréditation des familles d'accueil et des services de formation, de soutien clinique et de répit en soutien aux familles d'accueil.
- Accompagner les travaux préparatoires à l'ouverture de services pour la clientèle âgée de 6 à 11 ans, notamment la sélection et la formation de deux couples inuits qui agiront comme famille d'accueil.
- Soutenir les travaux en vue du rapatriement de l'unité pour garçons du projet Ulluriaq (Montréal) au Centre de réadaptation Sapummivik (Salluit) et préparer les conditions pour le rapatriement de l'unité pour filles d'Ulluriaq.
- Soutenir la première phase de l'implantation régionale du système PIJ, y compris la formation, l'ajustement et le rodage.
- Constituer le Comité régional de suivi de l'application de l'entente multisectorielle et soutenir la formation aux procédures d'application auprès des intervenants des organisations partenaires.

PROGRAMMES-SERVICES ADULTES ET COMMUNAUTAIRES

Le mandat de cette équipe est de venir en soutien à la Direction de la planification et de la programmation. L'équipe est composée d'un conseiller et de cinq agents qui veillent au développement et au déploiement d'une offre de services adaptée à la réalité et aux besoins de la clientèle de notre région :

- santé mentale, prévention du suicide, santé et bien-être des hommes ;
- violence familiale et agressions sexuelles ;
- personnes en perte d'autonomie et réadaptation physique ;
- toxicomanie et dépendances ;
- organismes communautaires, soutien au développement des ressources.

L'équipe offre son soutien et son expertise afin de faire progresser certains dossiers stratégiques importants sur un plan régional comme c'est le cas dans les exemples suivants :

- l'ouverture en décembre 2010 du centre d'hébergement multifonctionnel de Kanqiqsualujjuaq (M-19) avec la collaboration de nos partenaires régionaux et nationaux ;
- formation de deux comités aviseurs régionaux et avancement des projets cliniques en santé mentale et dépendance, deux priorités régionales.

Voici les avancements pour l'année 2010-2011 dans nos dossiers respectifs.

Santé mentale, prévention du suicide, santé et bien-être des hommes

Santé mentale

- Création d'un comité aviseur en santé mentale et d'un comité de travail pour l'amélioration des ressources résidentielles en santé mentale. Les comités sont formés de partenaires régionaux et ont pour objectif d'élaborer des recommandations pour l'amélioration des services en santé mentale et en prévention du suicide au Nunavik en portant une attention particulière à la validité culturelle des programmes.
    - Le comité a priorisé la prévention du suicide, la promotion et la prévention dans le domaine de la santé mentale et l'amélioration des ressources résidentielles pour les gens souffrant de troubles de la santé mentale sévères et persistants.

- Soutien à la finalisation des projets financés par le Fonds de transition en santé des autochtones de Santé Canada. Évaluation du processus des projets et développement de recommandations pour l'amélioration des services en santé mentale et la mise en place de projets d'amélioration.

- Le projet a permis d'établir des recommandations visant à prioriser le développement d'une équipe de première ligne dédiée à la santé mentale et l'adoption d'une approche communautaire en prévention, promotion et intervention en matière de santé mentale.

- Soutien au déploiement du programme d'agents de liaison communautaires. Soutien à la formation des coordonnateurs et des agents, à la création d'un plan d'action pour le programme et à la mise sur pied d'activités.
  - Développement d'un modèle communautaire de promotion et de prévention dans le domaine de la santé mentale adapté aux besoins énoncés par les comités de bien-être des communautés.

- Collaboration à la mise sur pied d'activités de formation pour les travailleurs locaux des trois ressources résidentielles en santé mentale : centre de crise, centre de réintégration et appartements supervisés.

Prévention du suicide

- Suivi des activités de formation en prévention et postvention dans les villages.
- Appui aux formateurs *ASIST* et réalisation de six ateliers de prévention du suicide.
- Soutien au développement d'une stratégie régionale en prévention du suicide.

Santé et bien-être des hommes

- Analyse des services à mettre en place en lien avec le plan d'action gouvernemental touchant la santé et le bien-être des hommes.

Projet de recherche en santé mentale financé par le Fonds de transition en santé des autochtones

- Ce projet a été mis sur pied afin de répondre aux besoins énoncés dans la région en matière de santé mentale, particulièrement pour les jeunes.

- Une recherche-action durant laquelle deux équipes, une pour chaque centre de santé, ont visité les 14 communautés de la région a été mise sur pied. Lors de ces visites, des professionnels et représentants des organisations locales ont été interviewés et des assemblées publiques ont eu lieu. Ces rencontres ont permis d'amasser de l'information à propos de la vision de la santé mentale et de ses déterminants pour les Inuits ainsi que des besoins d'adaptation des services.

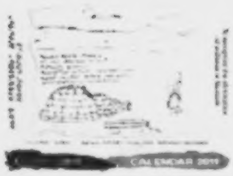
- Ce projet a permis d'élaborer plusieurs recommandations pour améliorer les services en santé mentale au Nunavik. Ces recommandations ont principalement trait à l'adoption d'une approche communautaire de la promotion, la prévention et l'intervention en matière de santé mentale et à l'amélioration de la prestation de services en santé mentale des CLSC et des centres de santé. Ces éléments influenceront directement les développements en matière de services en santé mentale dans la région :
    - soutien au développement et au maintien du programme d'agents de liaison communautaires en bien-être dans les communautés ;
    - développement d'équipes de premières lignes dédiées à la santé mentale ;
    - formation continue des intervenants des communautés, entre autres par rapport à la gestion des crises et à l'application de la loi pertinente lorsqu'une personne représente un danger pour elle-même ou autrui ;
    - continuation du projet clinique en santé mentale et utilisation des données de la recherche pour le développement de nouveaux services.

Violence familiale, agression sexuelle et condition féminine

La direction a mis en œuvre des projets de sensibilisation auprès de la population visant à réduire la violence familiale et les agressions sexuelles dans la région. Elle a également appuyé le développement de services aux victimes de violence et d'agression sexuelle par l'entremise de partenariats porteurs entre les différents acteurs régionaux.

- **Projet pilote de séjour en nature pour des femmes victimes de violence.** Grâce au soutien de *Pauktuutit Inuit Women of Canada*, un projet pilote a été mis sur pied pour permettre à des femmes de Kuujjuaq victimes de violence de participer à des ateliers de guérison pendant cinq jours en nature en juin 2010. Les ateliers visaient le développement du leadership et du bien-être dans le cadre d'activités culturellement adaptées (discussions de groupe, pêche, ateliers de couture, contes, etc.).

- **Développement de services médicaux et psychosociaux pour les victimes d'agression sexuelle.** Un soutien a été accordé aux centres de santé dans le but de poursuivre les travaux d'élaboration d'un guide d'intervention psychosociale et d'un protocole d'intervention médicosociale adaptés à la réalité nordique. Une formation destinée au personnel médical et psychosocial du Nunavik a été déployée dans plusieurs communautés du Nunavik.



- **Campagne régionale pour la Journée du Nunavik pour l'élimination de la violence (25 novembre 2010).** Cette campagne de sensibilisation consistait à mobiliser et à soutenir les communautés dans l'organisation de leurs initiatives locales. De plus, un calendrier créé à partir de dessins de jeunes *Nunavimmiuts* de même qu'une carte de format portefeuille et un porte-clés dressant la liste des ressources du Nunavik ont été distribués dans toutes les boîtes postales de la région.

- **Colloque du Réseau des maisons d'hébergement des communautés autochtones du Québec.** Cet événement s'est déroulé pendant cinq jours en septembre 2010 à Kuujjuaq. Il avait comme objectif de consolider l'approche en violence familiale des maisons d'hébergement du réseau, dont sont membres les maisons d'hébergement du Nunavik.

- **Rencontre régionale sur la violence familiale et les agressions sexuelles.** En septembre 2010, une rencontre conviant plusieurs organisations (centres de santé, maisons d'hébergement, police, Protection de la jeunesse, associations de femmes, etc.) s'est tenue dans le but de renforcer le partenariat régional et d'échanger sur les activités de prévention et les interventions mises en place au Nunavik.

- **Renforcement des capacités des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence.** Des rencontres et des formations ont été organisées pour les directrices et le personnel des maisons d'hébergement afin de favoriser leur réseautage et d'améliorer les services pour les victimes de violence.

Personnes en perte d'autonomie, aînés et réadaptation

Soins à domicile et en milieu communautaire

- Des soins à domicile et en milieu communautaire ont été offerts à 573 clients.
- La majorité des clients sont âgés entre 26 et 90 ans.
- Un total de 18 203 heures de services a été fourni :
  - aide à la vie autonome : 6 358 heures ;
  - soins infirmiers : 2 347 heures ;
  - gestion de cas : 2 418 heures.
- Quatre-vingt-dix pourcent des services étaient pour l'entretien et les soins de soutien à long terme.

- Deux membres de l'équipe des soins à domicile et en milieu communautaire du Centre de santé Inuulitsivik ont reçu de la formation sur les statistiques en décembre 2010 à Montréal.
- Un membre de l'équipe des soins à domicile et en milieu communautaire du Centre de santé Tulattavik de l'Ungava a présenté une expérience réussie au Nunavik lors d'une rencontre régionale sur les soins à domicile et en milieu communautaire tenue avec nos partenaires des Premières Nations en janvier 2011. Parmi les sujets de discussion, notons : la prestation de soins à domicile et en milieu communautaire sur la côte de l'Ungava, l'application de l'outil d'évaluation multiclientèle, les ressources pour les aînés et les campagnes régionales de sensibilisation.

Aînés

- Collaboration avec les partenaires afin d'ajouter à la gamme de services pour les aînés (conversion de quatre lits au Foyer Sailivik à Puvirnituq en lits de soins de longue durée, ouverture de la ressource multifonctionnelle M-19 à Kanqiqsualujjuaq, poursuite du développement du réseau de foyers de soins infirmiers dans la région).
- Collaboration avec le réseau sociosanitaire, l'Administration régionale Kativik (ARK) et d'autres partenaires sur l'utilisation du véhicule de la ressource Usijiit, sur la création d'un répertoire de ressources pour aînés et sur la tenue de campagnes régionales de sensibilisation aux sujets d'importance pour les aînés.
- Collaboration avec l'AQDR et le réseau sociosanitaire sur l'adaptation de l'outil et sur la formation concernant la trousse S.O.S. Abus (prévention, dépistage et intervention en cas de maltraitance des aînés).
- Lancement de la deuxième campagne régionale de sensibilisation à la maltraitance des aînés. Dix communautés du Nunavik ont collaboré avec des partenaires locaux et ont organisé des activités pour les aînés, leur famille et les membres de la communauté le 15 juin 2010.

Réadaptation

- Collaboration avec le réseau sociosanitaire pour choisir une équipe d'experts qui produira une version à jour de l'évaluation réalisée en 2003 des besoins des enfants et des adultes du Nunavik ayant une incapacité physique ou intellectuelle.
- Collaboration avec les Services de garde à l'enfance de l'ARK et les équipes de réadaptation du réseau de la santé sur une meilleure intégration d'enfants ayant des besoins spécifiques aux garderies.

Organismes communautaires

Cette année, nous avons offert un financement à 12 organismes communautaires de la région. L'agent du dossier organismes communautaires a pour mandat de soutenir les ressources existantes du réseau et de voir au développement de l'action communautaire de la région. Il assiste les organismes et s'assure d'offrir un soutien adéquat comme suit :

- s'assurer du suivi du financement des organismes communautaires via le programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) du MSSS et du maintien en place du comité d'attribution des budgets au sein de la régie ;
- élaborer un cadre de référence et de gestion ; organiser les politiques et procédures dans le respect des particularités régionales de nos organismes ;
- faciliter la mise en place d'espace de réseautage entre les organismes existants ayant pour objectif le partage des savoirs et l'entraide ;
- s'assurer du soutien aux organismes existants et voir au développement futur des organismes communautaires du territoire du Nunavik en lien avec les besoins régionaux ;
- mettre en place des répondants locaux dans chacun des deux centres de santé de manière à faciliter l'émergence d'action locale dans les villages visant l'ouverture de nouveaux organismes communautaires dans la région ;
- collaborer avec l'aide de son équipe de travail à la mise en place de formations pour soutenir le conseil d'administration des organismes dans l'exercice de ses fonctions.

BUDGET, ORGANISMES COMMUNAUTAIRES : 2010-2011

ORGANISME	ACTIVITES	VILLAGE	BUDGET
Tunngasuvik	Refuge pour femmes	Kuujjuaq	602 092 $
Initsiaq	Refuge pour femmes	Salluit	502 092 $
Tunngavik	Refuge pour femmes	Kuujjuaraapik	100 000 $
Ajapirvik	Refuge pour femmes	Inukjuak	200 000 $
Résidence Tusaajiapik	Foyer de soins infirmiers	Kuujjuaq	252 000 $
Foyer Sailivik	Foyer de soins infirmiers	Puvirnituq	150 000 $
Qilangnguanaaq	Foyer de soins infirmiers	Kangiqsujuaq	150 000 $
Isuarsivik	Centre de traitement	Kuujjuaq	600 000 $
Hébergement communautaire Ungava	Appartements supervisés	Kuujjuaq	300 000 $
Hébergement communautaire Uvattinut	Appartements supervisés	Puvirnituq	100 000 $
Association des femmes inuites Saturviit du Nunavik	Association de femmes	Inukjuak	50 000 $
Réseau Qajaq	Association d'hommes	Kuujjuaq	126 000 $
		TOTAL	**3 132 184 $**

Affaires médicales et santé physique

L'équipe des affaires médicales et santé physique est composée d'une conseillère, d'un agent aux affaires médicales et santé physique ainsi que d'un médecin conseil (DRAMU).

Selon les priorités ministérielles et régionales, l'équipe a pour mission la planification, la coordination et l'accessibilité aux programmes et services en santé physique, notamment dans les activités de première ligne telles les urgences, les soins généraux, spécialisés et ultraspécialisés (RUIS) ainsi que la lutte au cancer.

Secteurs d'intervention

1. Les affaires médicales :
   - PREM et organisation des services médicaux spécialisés ;
2. La santé physique :
   - les services médicaux de première ligne ;
   - le réseau universitaire intégré de santé (RUIS) et ses différents comités ;

- le soutien clinique au développement des équipements spécialisés ;
- la lutte au cancer ;

3. Les différents comités :
   - le soutien au Département régional de médecine générale (DRMG), au Comité de coordination et de concertation des affaires médicales et universitaires (CCCAMU), au Comité provincial interrégional, au comité du RUIS McGill ainsi qu'aux comités régionaux (RCMPS, Comité de liaison Nord-Sud, Projet Bureau, etc.) ;
4. La télésanté :
   - coordonnateur régional du Centre virtuel de Santé et Services Sociaux (CvSSS).

L'équipe offre également un soutien aux deux centres de santé et collabore aux efforts de recrutement et de rétention des effectifs médicaux.

Réalisations 2010-2011

Les affaires médicales

- La région a accueilli 9 nouveaux médecins au cours de l'année : 7 pour l'Ungava, dont 4 à temps plein, et 2 à mi-temps pour l'Hudson, ce qui nous a amené à terminer l'année avec un total de 22 médecins pratiquant sur le territoire ;
- La région a recruté 2 médecins boursiers pour l'automne 2011 ;
- La région a recruté 1 médecin étranger parrainé par le Centre de santé Tulattavik ;
- La région a accueilli des étudiants en médecine pour effectuer des stages d'été permettant à ces futurs médecins de découvrir le Nunavik. Cette stratégie de recrutement permet d'influencer le lieu de leur pratique.
- Pour clore l'année, l'élection d'un nouveau comité exécutif au Département régional de médecine générale (DRMG) a eu lieu afin d'apporter un nouveau souffle à l'équipe. Le comité contribuera à gérer de façon optimale les différents dossiers régionaux.

La santé physique

L'équipe des affaires médicales a contribué :

- à l'organisation des services médicaux de première ligne et au partenariat avec les médecins ;
- à l'accessibilité et à la continuité des services médicaux des première, deuxième et troisième lignes ;
- au développement et à la reconnaissance des activités d'enseignement et d'évaluation des technologies pour les établissements.

Les différents comités

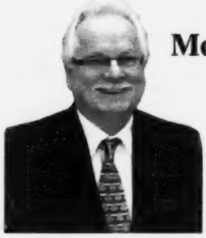
La présence aux différents comités nous a permis de bien suivre l'évolution des dossiers régionaux et ministériels et de bien défendre les intérêts de la région.

La télésanté

Le MSSS a adhéré au programme Inforoute Santé Canada (ISC) et obtenu un financement de ce dernier pour les projets en télésanté. Le MSSS confie au Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) le mandat de déployer les projets de télésanté dans la région. C'est à même l'équipe des affaires médicales que le coordonnateur du CvSSS participe :

- à l'organisation et à la coordination des rencontres du projet au sein de la région ;
- à la table des coordonnateurs régionaux de projet et aux réunions afin d'y représenter les intérêts de sa région dans les différents sujets couverts par le projet (cliniques, technologiques, gestion du changement notamment) ;
- à l'avancement des travaux réalisés dans sa région et à l'identification rapide des écarts, pour les rapporter au chargé de projet du CvSSS afin de proposer des mesures correctives.

Direction de santé publique



Mot du directeur

Voici quelques faits saillants qui ont marqué l'année 2010-2011 :

- la définition des priorités régionales d'action en santé publique, dans le cadre de la finalisation du Plan d'action stratégique régional de la RRSSSN. Ces priorités sont : l'action auprès des jeunes enfants, notamment via le réseau des centres de la petite enfance (CPE) du Nunavik ; l'approche École en santé ; le développement des communautés ; une politique nutritionnelle régionale ;
- une approche plus intégratrice en promotion d'un mode de vie sain et actif, regroupant les actions de nos intervenants et de leurs partenaires dans différents milieux ;
- le véritable lancement de l'approche École en santé au sein de la région ;
- la persistance de l'éclosion d'infections gonococciques. Malgré de nombreux efforts, tant régionaux que locaux, on a reçu durant l'année 2010 le plus grand nombre de déclarations de cas de cette infection transmise sexuellement et par le sang (ITSS), ce qui confirme son état épidémique dans la région.

Dr Serge Déry

Ressources humaines

Durant l'année 2010-2011, nous avons réussi à combler le poste d'agent de promotion de la santé.

Au 31 mars 2011, deux postes étaient toujours vacants :

- conseillère régionale en prévention et contrôle des maladies infectieuses : malgré plusieurs affichages, il nous a été impossible de recruter une personne disposant des qualifications nécessaires pour occuper ce poste ;
- agent en santé environnementale : l'affichage du poste effectué à l'intérieur de l'Agence de santé publique du Canada n'a pas donné les résultats escomptés. Cependant, un second affichage effectué à l'extérieur de l'ASPC au printemps 2011 devrait nous permettre de combler ce poste au plus tard à l'automne 2011.

Protection de la santé publique

Ce volet a fait l'objet de plusieurs interventions.

Maladies infectieuses

Maladies à déclaration obligatoire (MADO) non-ITSS

- Pour la dernière année complète (2009), la DSP a reçu et traité la déclaration de 44 épisodes de MADO autres que les ITSS (par comparaison, 49 épisodes avaient été déclarés l'année précédente). Douze cas de tuberculose active ont été déclarés durant toute l'année 2010 (21 cas en 2009). Le travail de formation et de soutien du personnel impliqué auprès des quelques communautés touchées s'est poursuivi.

Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

- Durant la période de 12 mois allant du 1er janvier au 31 décembre 2010, 199 cas de gonorrhée ont été déclarés au Nunavik, ce qui constitue une augmentation de 21 cas par rapport à l'année précédente. C'est le total annuel de cas de gonorrhée le plus élevé jamais rapporté au Nunavik. Cela confirme l'état épidémique auquel la région doit faire face, avec un nombre de cas huit fois plus élevé que ceux rapportés durant les années 1996 à 2005, années ayant précédée le début de l'épidémie. Cette maladie affecte particulièrement les jeunes âgés entre 15 et 29 ans. Comme pour les années précédentes, la proportion des cas survenus au sein des communautés de l'Hudson (62 %) dépasse largement celle de l'Ungava (38 %).

- Régionalement, le nombre d'infections génitales à Chlamydia trachomatis a légèrement diminué en 2010 par rapport à 2009 (229 cas en 2010, 249 cas en 2009). Cependant, tout comme pour la gonorrhée, la région présente des taux d'incidence qui sont nettement au-dessus de ceux du Québec.

- Finalement, les données du programme québécois de surveillance de l'infection au VIH indiquent qu'entre janvier 2002 et juillet 2009 (une période de sept ans), 10 cas de séropositivité au VIH ont été déclarés pour des Inuits vivant au Québec. Au cours des cinq dernières années, trois nouveaux cas de porteurs chroniques de l'hépatite B et trois nouveaux cas d'hépatite C ont été déclarés.

Santé au travail

Retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite

- Au cours de l'année 2010, nos médecins-conseils ont traité 105 demandes de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite. Les demandes de consultation des travailleuses proviennent en grande majorité des secteurs de l'éducation (éducatrices en garderie, enseignantes) et de la santé (infirmières) ainsi que du secteur commercial (caissières).

Programmes de santé spécifiques pour le secteur minier

- La réalisation du programme de santé spécifique dans les entreprises du secteur minier s'est poursuivie au cours de l'année 2010. Rappelons qu'un médecin et une infirmière de la Direction de santé publique réalisent les activités de prévention dans ce secteur important du Nunavik comptant plus de 650 travailleurs. Parmi les principales actions réalisées en cours d'année, notons :

    - la connaissance des risques présents dans le milieu de travail ;
    - l'information des travailleurs miniers ainsi que des employeurs concernant les effets sur la santé de différents types d'agresseurs comme le plomb, la silice, le bruit, les fumées de soudage, etc. ainsi que sur les moyens préventifs à mettre en place par l'entreprise pour protéger leur santé ;
    - la surveillance médicale des travailleurs exposés au plomb, à l'amiante, à la silice, aux risques biologiques ainsi qu'aux allergies alimentaires ;
    - la réalisation d'un projet d'évaluation des risques psychosociaux en entreprise en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) ;
    - le suivi des mesures visant à s'assurer de la présence de services adéquats de premiers soins dans les établissements miniers.

Programme de santé au travail dans les municipalités du Nunavik

- Le secteur municipal continue d'être l'objet d'interventions visant à prévenir les problèmes de santé en milieu de travail. Ainsi, en 2010, les établissements localisés dans neuf municipalités du Nunavik (garage municipal, caserne, aréna, atelier de menuiserie, site de déversement des eaux usées et de distribution de l'eau potable, service de police, etc.) ont été visités par l'équipe de santé au travail de la Direction de santé publique. Les employés municipaux, les employeurs et les policiers ont été informés des risques présents dans leur milieu de travail (bruit, fumées de soudage, risques biologiques, etc.) et des moyens de prévention à mettre en place pour prévenir ces risques. Des rapports de visite ont été transmis aux maires et gérants de chacune des municipalités visitées ainsi qu'aux postes de police.

- L'équipe régionale a également répondu à trois demandes du milieu au cours de l'année. Ces demandes concernent en particulier la qualité de l'air intérieur dans les établissements du Nunavik.

Prévention

Immunisations

Formation

En raison de l'absence de l'infirmière régionale en prévention et contrôle des infections pendant presque toute l'année, les activités de formation ont été limitées. Cependant, elles devraient reprendre au cours de la prochaine année, avec l'arrivée d'une nouvelle ressource.

Campagne influenza saisonnier

- Considérant qu'au Nunavik tout le monde est à risque de contracter ou de transmettre l'influenza, la vaccination est offerte à toute la population gratuitement, et ce, depuis maintenant quatre ans.

Vaccination en milieu scolaire

- De nombreux vaccins ont été offerts en milieu scolaire au cours de l'année : hépatite A et B, virus du papillome humain (VPH), varicelle et DCaT ; le statut vaccinal en secondaire 3 a également été vérifié.

Gestion des produits immunisants

- En raison de l'absence de notre ressource régionale, nous avons conclu une entente avec la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale qui a assigné deux infirmières à temps partiel pour répondre aux demandes provenant de notre région concernant les bris de chaîne de froid.

- Au cours de l'année 2010-2011, nous avons commencé notre collaboration avec un nouveau dépositaire régional et cette expérience s'avère jusqu'à présent fort satisfaisante.

Prévention des infections nosocomiales

En raison de l'absence de notre ressource régionale en prévention des infections nosocomiales, l'année 2010-2011 n'a pas permis de développer davantage les activités dans ce secteur. Tout au plus avons-nous pu répondre aux demandes pressantes des deux établissements. On devrait assister à un retour à la normale au cours de l'année 2011-2012. Ceci signifie que les activités de la Table régionale en prévention des infections nosocomiales devraient reprendre.

Prévention des infections dans les centres de la petite enfance

Un projet visant la promotion du lavage des mains dans les centres de la petite enfance du Nunavik a été réalisé. Il s'agissait d'adapter du matériel produit par l'Institut canadien en santé infantile et de traduire le matériel dans les trois langues utilisées au Nunavik (inuktitut, anglais, français). Tout le matériel (affiches et livre) sera distribué au cours de la prochaine année.

Lutte antitabagique

Durant la Semaine nationale contre le tabac, une campagne annuelle tenue en janvier, quelques écoles et CLSC ont organisé des activités de prévention dans les écoles et ont érigé des kiosques d'information au sujet de différents enjeux reliés au tabagisme. Nous avons également financé un projet réalisé par une communauté.

Dépistage du cancer du sein

En raison de circonstances hors de notre contrôle (processus de numérisation des unités portatives, formation du personnel, etc.), aucune séance de dépistage du cancer du sein par mammographie n'a eu lieu en 2010-2011. La reprise des activités du programme de dépistage est prévue pour l'année 2011-2012.

Dépistage de la rétinopathie diabétique

Les patients connus comme diabétiques sont référés pour un examen de dépistage de la rétinopathie, ce qui permet l'application de traitements en vue de prévenir ou de retarder la

dégradation de la vue. Au cours de l'année 2010-2011, toutes les communautés du Nunavik ont été visitées, à l'exception d'Aupaluk, Quaqtaq, Ivujivik et Akulivik qui ont un très petit nombre de diabétiques connus. De plus, Tasiujaq n'a pu être visitée, en raison du mauvais temps.

Au total, 219 personnes diabétiques ont été examinées, sur un total régional de 296 diabétiques (un taux de participation de 74 %).

Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Devant la persistance de l'éclosion de gonorrhée dans la région, la Direction de santé publique a financé l'embauche d'une infirmière à temps complet pour une période d'environ six mois par le Centre de santé Inuulitsivik. Cette infirmière a été affectée exclusivement au suivi des cas de gonorrhée et à la recherche des contacts.

Parmi les nombreuses autres activités de prévention qui ont été réalisées afin de limiter la transmission, mentionnons :

- la distribution gratuite de condoms dans plusieurs endroits publics (écoles, magasins, CLSC, etc.) ;
- formation/conférences pour les intervenants de la région (notamment la formation continue offerte par l'INSPQ aux infirmières) ;
- révision des tests de laboratoire, des lignes directrices de traitement, des ressources disponibles en formation, des approches individuelles et communautaires (en collaboration avec l'INSPQ et les deux centres de santé) ;
- journées ou semaines thématiques (SIDA, semaine des relations saines, campagne régionale de la carte postale sur les relations sexuelles saines, kiosque de promotion de la santé sexuelle, etc.) ;
- information sur le VIH pour les jeunes (une personne Inuk séropositive pour le VIH a visité trois écoles en 2010-2011) ;
- atelier tenu à Puvirnituq Prendre Action (basé sur les approches utilisant les arts pour développer un leadership parmi les jeunes) ;
- etc.

Le programme d'éducation à la sexualité a été complété dans six écoles durant l'année scolaire 2010-2011, alors que d'autres écoles ont utilisé des sections spécifiques. La Commission scolaire Kativik prévoit l'inclusion du programme dans toutes les écoles à compter de la prochaine année scolaire. La Direction de santé publique offre son soutien par l'intermédiaire d'une infirmière formatrice. Le programme a été révisé et sera traduit dans les trois langues pour l'année scolaire 2011-2012.

Santé dentaire

Comme pour les années antérieures, la priorité a été donnée aux enfants. Les hygiénistes dentaires ont visité les communautés pour y implanter des activités reconnues efficaces pour combattre la carie. L'application topique des fluorures est prodiguée aux enfants fréquentant les CPE et les instructions sur l'hygiène dentaire sont transmises à leurs parents. Les élèves du niveau primaire bénéficient quant à eux de la distribution quotidienne de comprimés fluorés, des applications bisannuelles de fluorures et des instructions d'hygiène. Finalement, les scellements de puits et fissures sont apposés sur les dents permanentes lorsqu'elles apparaissent en bouche.

Malheureusement, l'application de ces mesures ne se fait pas de façon uniforme sur tout le territoire, faute de ressources. L'absence d'hygiéniste dentaire au cours de l'automne 2010 s'est fait sentir du côté de l'Hudson. Le nombre de postes d'hygiéniste dentaire devrait s'accroître substantiellement au cours de la prochaine année, ce qui devrait permettre de rejoindre la grande majorité de la population ciblée.

Diabète

Un logo illustrant les saines habitudes de vie a été développé et sera utilisé dorénavant sur le matériel promotionnel ainsi que pour certaines activités reliées à la nutrition et l'activité physique. Ceci augmentera la force du message que nous voulons transmettre dans les communautés.

Un tableau spiralé a été adapté à partir de celui du Nunatsiavut afin de faciliter la transmission d'informations générales sur le diabète en utilisant la motoneige comme point de comparaison. Il sera distribué dans chacun des CLSC de la région.

Un atelier de transfert de connaissances, l'activité « Inuk-to-Inuk », adressée aux élèves du secondaire, a été fait dans les communautés d'Ivujivik, Akulivik et Kangirsuk à l'automne 2010 et à Quaqtaq en janvier 2011. Nous avons eu une bonne collaboration des agents de liaison communautaires en bien-être à Akulivik et Quaqtaq.

Les repas communautaires, les conférences à la radio FM et les rencontres avec les personnes diabétiques se sont également très bien déroulés.

Pour une troisième année, le défi « Abandon des boissons sucrées » (« Drop the Pop ») a eu lieu dans 14 écoles du territoire. Malheureusement trop peu de rapports d'évaluation nous sont parvenus afin d'évaluer exactement le nombre d'élèves ayant relevé le défi sur les 3 166 inscrits. Encore cette année, plusieurs activités touchant les collations santé ont été réalisées alors que, nouveauté cette année, un montant était attribué pour les projets touchant l'activité physique. Ceci a permis l'achat d'équipements sportifs supplémentaires dans les écoles.

La plus belle réalisation revient à l'école Ulluriaq pour avoir instauré le « Pop-free zone » [Zone sans boissons sucrées] dans l'école, en installant un refroidisseur à eau dans chacune des classes de l'école, incitant ainsi les élèves à adopter une habitude de vie plus saine.

Promotion de la santé

La promotion de la santé est une composante majeure des activités réalisées au niveau de la santé publique. Définie comme un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci, la promotion de la santé s'appuie sur cinq principales stratégies autour desquelles s'articulent nos interventions : l'élaboration de politiques publiques saines, la création d'environnements favorables, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition d'aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé (source : *Charte d'Ottawa*). Comme par les années précédentes, la DRSP a réalisé plusieurs activités de promotion de la santé.

Élaboration de politiques publiques saines (cible d'intervention : politiques)

La promotion de la santé soutient et encourage les responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux à adopter des politiques de santé, financières et sociales qui favorisent davantage la santé, l'équité et la création d'environnements sains (ex : mesures législatives, financières et fiscales, changements organisationnels, etc.).

Programme Nutrition Nord Canada

En mai 2010, le Gouvernement du Canada a annoncé le remplacement du programme Aliments-poste en vigueur depuis plus de 40 ans par le programme Nutrition Nord Canada à compter du 1er avril 2011. Le programme Aliments-poste subventionnait le transport par avion d'aliments périssables, d'aliments non périssables et de certains produits non alimentaires essentiels. Le programme Nutrition Nord, quant à lui, subventionne la vente au détail d'aliments périssables seulement.

Les aliments non périssables et non alimentaires devront être acheminés chaque année, et ce, en beaucoup plus grande quantité, par bateau dans les communautés du Nord canadien.

La Santé publique a témoigné au Comité permanent des affaires autochtones et du développement du Grand Nord à la Chambre des communes du Canada pour parler des impacts de cette transition rapide entre les programmes sur les *Nunavimmiuts*. La RRSSSN a également adopté une résolution demandant de maintenir en place le programme Aliments-poste jusqu'à ce qu'un examen approfondi des impacts réels du nouveau programme Nutrition Nord Canada puisse être réalisé. L'ARK a fait une demande similaire aux autorités gouvernementales.

En mars 2011, le Gouvernement du Canada annonçait des changements transitoires au programme Nutrition Nord Canada. En effet, la liste des produits admissibles a alors été allongée, réintégrant la majorité des aliments non périssables et des produits non alimentaires essentiels. À noter que la liste allongée annoncée en mars 2011 ne sera applicable que pendant 18 mois et que la nouvelle tarification du programme Nutrition Nord Canada est entrée en vigueur le 1er avril 2011.

L'agente en nutrition de la Santé publique a été nommée membre du Conseil consultatif externe du programme Nutrition Nord Canada. L'objectif de ce conseil est de donner une voix aux régions et aux résidants du Nord, d'améliorer la transparence du nouveau programme et de fournir des renseignements et des conseils afin de guider la gestion de Nutrition Nord Canada.

Ce nouveau programme Nutrition Nord Canada comporte la subvention des aliments tels que décrits précédemment. Ce programme comporte également un volet sous Santé Canada pour les initiatives d'éducation en nutrition. Ce volet du programme vise la sensibilisation individuelle et communautaire aux avantages d'une saine alimentation ; l'amélioration des compétences entourant le choix et la préparation d'aliments sains ; le renforcement des partenariats entre les détaillants et les communautés pour favoriser le choix d'aliments sains. Finalement, il met un accent important sur les aliments traditionnels en favorisant le partage du savoir traditionnel et des compétences entourant la récolte, la préparation et la consommation de ces aliments.

Un financement partiel devait être accordé aux régions, couvrant la période s'étendant de l'automne 2010 à la fin mars 2011. Cependant, l'entente entre les autorités fédérales et provinciales fut signée et le financement fut annoncé à la RRSSSN seulement à la fin février 2011. Des projets répondant aux critères de ce nouveau programme ont alors été réalisés au cours du mois de mars 2011 :

- participation au projet de remplacement de congélateurs communautaires avec le Programme d'aide aux Inuits pour leurs activités de chasse, de pêche et de piégeage de l'ARK ;
- achats d'équipements de cuisine pour les centres de la petite enfance de la région (CPE) ;
- projet de révision du *Guide alimentaire du Nunavik* ;
- soutien à un projet de création d'un livre de recettes familiales basées sur le menu en CPE ;
- projet d'éducation en nutrition pour les jeunes d'âge scolaire.

Implantation de la politique-cadre en matière de saine alimentation et de vie active dans les écoles

La CSK a voulu aller de l'avant afin de favoriser une saine alimentation et un mode de vie actif dans ses établissements scolaires. La politique-cadre en matière de saine alimentation et de vie active du Gouvernement du Québec a vu le jour en 2007. La CSK et la RRSSSN partagent la

responsabilité de l'application de cette politique. Une liste de choix sains pour les déjeuners, collations, cantines et levées de fonds a été distribuée dans les écoles. Un suivi a été effectué auprès des établissements qui en ont fait la demande.

Création d'environnements favorables (cible d'intervention : environnements)

La promotion de la santé encourage et soutient la création de conditions de vie, de travail et de loisir à la fois sûres, stimulantes, gratifiantes et agréables qui sont une source de santé pour la population.

Environnement scolaire

Promotion de l'outil « Ma cour : un monde de plaisir »

- Le moment de la récréation devrait être perçu comme un moyen alternatif d'apprentissage, que ce soit par l'expérimentation du leadership, de la socialisation, du partage, de l'entraide ou encore tout simplement du jeu dans un environnement sécuritaire. En effet, tout le monde y gagne lorsque le milieu se mobilise pour aménager, organiser et animer sa cour d'école. Cet espace devrait représenter un endroit unique pour s'investir dans une démarche favorisant la réussite scolaire de nos élèves.

- Kino-Québec a développé une trousse d'outils ayant pour but d'améliorer les déroulements des récréations. Le personnel des écoles de Kangiqsualujjuaq, Kuujjuaq, Kangirsuk, Umiujaq et Kuujjuaraapik a reçu une formation où une présentation de l'outil était faite et des pistes de réflexion étaient avancées avec le personnel et la direction. Des trousses ont été distribuées aux écoles de Tasiujaq, de Salluit et d'Ivujivik sans toutefois que la formation ne soit offerte. Les formations auront lieu au cours de la prochaine année.

- Lors des suivis, on nous informe que des activités d'expérimentation ont lieu et que la réponse à la formation est positive. Cependant, la mise en œuvre est plus difficile malgré l'engouement de départ. Au cours des deux dernières années plusieurs formules ont été tentées par le milieu, qu'il s'agisse de la mise sur pied d'un comité à cet effet ou d'une implication soutenue de la direction de l'école (directives au personnel, financement, etc.). Malgré ces efforts, la présence de multiples facteurs rend complexe sa mise en œuvre et souvent la situation revient près du point initial.

- Beaucoup de travail reste à faire à ce sujet dans les années à venir. Les récréations saines et actives supposent une mobilisation efficace de ressources (humaines et matérielles) sur le terrain. Les efforts à venir devront être davantage coordonnés dans le but de générer la mobilisation des acteurs locaux vers cet objectif.

Concours « École active 2010 »

Pour une sixième année consécutive, Kino-Québec a présenté le concours École active. Trois volets étaient proposés :

- l'aménagement, l'organisation ou l'animation d'activités physiques et sportives à l'intérieur de l'école ou dans la cour d'école ;
- la sécurité ou l'éthique dans les activités physiques et sportives ;
- une saine alimentation.

Seule l'école Arsaniq de Kangiqsujuaq a appliqué sur le concours. L'activité « Bien se nourrir, c'est bon » a permis aux élèves de bénéficier de collations santé tout au long de l'année scolaire. La présentation du concours auprès des écoles sera revue afin d'augmenter la participation des écoles dans ce concours.

« Club des Petits déjeuners du Québec »

À ce jour plusieurs écoles du Nunavik offrent un service de petit déjeuner à leurs élèves dans le but de satisfaire, lorsqu'il y a lieu, ce besoin fondamental (sécurité alimentaire, alimentation saine). Divers modèles ont été employés jusqu'à présent et correspondent à la réalité du milieu (repas chauds, froids, service en classe, à la cuisine, collations, etc.). Cette année quatre écoles ont participé au Club des Petits déjeuners du Québec (CPDQ) et l'une d'entre elles en était à sa première année d'expérimentation.

À la suite de l'engagement d'un coordonnateur pour les programmes autochtones au Club des Petits déjeuners du Québec, l'accessibilité à cette offre de services s'est vue améliorée. À la suite d'une rencontre en personne avec ce coordonnateur, il a été convenu que le club serait en mesure d'assurer la création de nouveaux services de petits déjeuners dans trois écoles de la région pour l'année scolaire 2011-2012.

Cette première étape a été suivie d'une rencontre à Kuujjuaq avec les acteurs concernés (CSK, Santé publique, coordonnateur des programmes autochtones au CPDQ) afin de trouver des réponses à certaines questions fondamentales comme :

- Quel rôle joue le CPDQ dans le déploiement actuel de l'offre de services dans les communautés du Nunavik ?
- Quelle est la perception des communautés, des comités d'éducation, des commissaires, des parents, des enseignants, face au service de déjeuners dans leur milieu ?
- Comment est-il possible de favoriser la responsabilisation/participation des parents advenant la création de trois nouveaux clubs en 2011-2012 ?

Dans le but de répondre à ces questions, diverses actions régionales ont été entreprises :

- présentation sommaire à l'assemblée annuelle de la RRSSSN ;
- consultation auprès des commissaires de la CSK ;
- sondage réalisé auprès de sept communautés de la région (club existant, en devenir ou offre de service alternative).

Une téléconférence avec le coordonnateur des programmes autochtones a suivi pour lui transmettre les informations recueillies par ces démarches de manière à ce que le CPDQ puisse en tenir compte dès l'an prochain.

À la lumière de ces efforts communs, les trois communautés qui bénéficieront l'an prochain des services du CPDQ seront Umiujaq, Ivujivik et Tasiujaq. Ces trois écoles ont été en mesure de rencontrer les prérequis exigés par le CPDQ, dont l'obtention d'une résolution du comité d'éducation. Des efforts sont actuellement mis de l'avant par le CPDQ afin qu'une résolution du conseil municipal soit également fournie par les communautés dans le but de faciliter la participation des membres de la communauté dans l'offre d'un tel service aux élèves.

L'accompagnement des clubs existants et de ceux qui seront créés dans les années à venir sera assuré par un effort conjoint entre l'école, la communauté, le CPDQ, la RRSSSN et la CSK.

Centres de la petite enfance

Programme de nutrition dans les CPE du Nunavik

Le programme de nutrition dans les CPE a pour but d'améliorer la santé des enfants par le biais d'une alimentation saine. Ce projet est réalisé grâce à une collaboration entre l'ARK, le GENUP (Groupe d'études en nutrition publique) de l'Université Laval, la CSK ainsi que la RRSSSN.

Ce programme est en cours dans les CPE depuis 2004. Les enfants fréquentant les CPE mangent des repas complets et des collations nutritives incluant des aliments traditionnels et commerciaux. Les cuisinières et éducatrices reçoivent de la formation donnée annuellement par des formateurs en cuisine et nutrition de la CSK. Des activités éducatives en nutrition sont également offertes pour les jeunes. De 2006 à 2011, un volet recherche s'est joint au programme. Celui-ci a pour objectif de mieux comprendre la relation entre les contaminants environnementaux, les apports nutritionnels et le statut nutritionnel des enfants fréquentant les CPE.

La Santé publique de la RRSSSN apporte son soutien à ce programme de différentes façons :

- projet spécial d'une stagiaire à Kuujjuaraapik : Au printemps 2010, une stagiaire supervisée par le GENUP et la Santé publique du Nunavik a réalisé un projet d'étude de reste lors des repas dans le CPE de Kuujjuaraapik ;

- comité de planification du programme : La Santé publique est représentée sur le Comité de planification du programme de nutrition dans les CPE ; une rencontre a d'ailleurs eu lieu lors de la formation des cuisinières en CPE à Inukjuak au printemps 2010 ;

- en collaboration avec l'ARK, présentation aux étudiantes en éducation préscolaire à Puvirnituq sur la nutrition et le programme existant en CPE ;

- formation des intervenantes de la CSK : À l'hiver 2011, à Kuujjuaq, une formation d'une journée et demie sur la réalisation d'activités éducatives et de cuisine avec les enfants d'âge préscolaires a été offerte aux consultants régionaux en éducation de la CSK pour le programme de nutrition dans les CPE ;

- livre de recette familiale : La Santé publique a été consultée au cours de la création du livre de recette familiale basé sur le menu en CPE. De plus, la Santé publique a collaboré avec le GENUP et l'ARK pour la réalisation des prétests de recettes avec des familles dans le but de créer un livre de recettes utile et d'intérêt pour les *Nunavimmiuts*.

Environnement communautaire

Équipement facilitant la pratique d'activités physiques et sportives

La qualité des équipements et une quantité appropriée sont des éléments qui facilitent l'organisation de période d'activité. Cette année, la régie régionale est heureuse d'avoir permis à l'école d'Aupaluk de recevoir 36 paires de raquettes pour la neige, d'avoir contribué partiellement à la liste d'achat de la municipalité de Kuujjuaq pour compléter l'équipement du gymnase, d'avoir soutenu la salle de musculation de la Société Kuujjuamiut en articles divers et d'avoir permis à la maison de la famille d'Inukjuak d'acquérir du matériel de base pour donner des cours de yoga et des cours de conditionnement physique à l'intérieur de leurs murs.

Environnement familial

Campagne « *Blue Light* »

La campagne « *Blue Light* » (campagne de la lumière bleue ou *BLC*) est une initiative d'ITK qui vise à réduire les taux de tabagisme secondaire dans les résidences inuites. La *BLC* a été lancée pour la première fois au Nunavik en 2005 comme projet-pilote au sein de trois communautés. Elle a depuis été offerte aux trois autres régions inuites. En 2010-2011, sept communautés ont participé à la campagne au Nunavik. Les maisonnées participantes devront déclarer leur décision de devenir et de demeurer des logements sans fumée. Ils recevront alors leur lumière bleue qu'ils afficheront à l'entrée de leur demeure et qui fera foi de leur adhésion à la campagne. Les maisonnées participantes ont rempli un questionnaire au début et à la fin de la campagne. ITK procédera à l'analyse des résultats et fournira aux régions un bilan de la campagne.

Renforcement de l'action communautaire (cible d'intervention : communautés)

La promotion de la santé encourage et soutient la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions, à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé.

Soutien matériel et financier aux activités locales

En vue de susciter la concertation des intervenants locaux et la mobilisation des communautés autour des enjeux de santé publique, du financement a été offert aux partenaires intéressés à organiser des activités. De plus, pour soutenir les partenaires dans la planification et l'évaluation d'activités s'inscrivant dans le calendrier de promotion de la santé, des outils ont été conçus (liste de suggestions d'activités, affiches, feuillets d'information, communiqués pour la radio locale, formulaire de demande de financement, rapport financier et d'activités) et de l'accompagnement téléphonique individuel a été offert au besoin.

Journée nationale du sport et de l'activité physique 2010

Pour une première année, une activité s'est déroulée à Kuujjuaq pour bouger dans une ambiance de non-compétitivité et de plaisir. Cette journée fut le coup d'envoi pour le Mois du Sport et de l'Activité physique qui se déroule en mai. Une invitation par radio a été faite à la communauté et une cinquantaine de personnes se sont déplacées pour exécuter une routine d'une quinzaine de minutes et partager une collation santé par la suite. Pour compléter l'activité, un communiqué de presse a été envoyé à toutes les organisations de la région et une entrevue avec Radio-Canada, Service du Nord, sur le sujet a été faite. L'expérience s'est avérée fort concluante.

Journée internationale de l'enfant 2010

En vue de célébrer la Journée internationale de l'enfant le 20 novembre dernier, la RRSSSN s'est associée à plusieurs partenaires locaux et régionaux pour organiser une fête au Centre Kattitavik de Kuujjuaq. Près de 200 enfants sont venus profiter des activités qui avaient pour but de mettre en valeur leur importance au sein de la communauté (danse, musique, maquillage, film) et un repas a été servi. L'équipe de Santé publique a contribué à l'élaboration du menu et à l'achat des denrées afin de s'assurer que le menu réponde aux critères d'une saine alimentation (fruits, légumes, produits laitiers, aliments traditionnels, etc.). De plus, l'équipe a organisé un atelier de préparation de salade de fruits avec une vingtaine de jeunes et de partenaires.

Élimination de la violence au Nunavik

La Journée pour l'élimination de la violence au Nunavik (25 novembre) a donné le coup d'envoi d'une campagne régionale organisée par la RRSSSN en collaboration avec certains partenaires locaux et régionaux. Afin de sensibiliser les *Nunavimmiuts* aux différentes formes de violence et à ses conséquences sur les enfants, et de leur fournir les coordonnées des services d'aide

disponibles pour les personnes violentes et violentées, une enveloppe contenant les items suivants a été déposée dans chaque boîte postale :

- un calendrier présentant des dessins et citations produits par des membres de la communauté dans le cadre d'un concours régional tenu en 2009 (créé par la RRSSSN et ses collaborateurs) ;
- une carte (format poche) fournissant les coordonnées des ressources régionales (créée par la RRSSSN et ses collaborateurs) ;
- un porte-clefs (avec lumière et sifflet intégrés) présentant la localisation des quatre refuges pour femmes violentées du Nunavik.

De plus, un message a été diffusé sur une des chaînes radiophoniques régionales (TNI ou Radio-Canada, Service du Nord) et sur l'écran d'affichage électronique à l'aéroport de Kuujjuaq.

Au total, 12 communautés ont organisé des activités locales (marche, discours, visionnement du DVD et discussion, atelier de sensibilisation dans les écoles, repas communautaire, émission de radio, etc.).

Semaine des relations saines au Nunavik 2011

Dans le cadre de la Semaine des relations saines au Nunavik qui s'est déroulée du 13 au 19 février dernier, l'équipe de Santé publique s'est associée à certains partenaires régionaux pour susciter l'engagement des *Nunavimmiuts* à développer des relations positives au sein d'une société harmonieuse. Pour ce faire, un financement allant jusqu'à 1 000 $ a été offert à chaque communauté et des outils de sensibilisation leur ont été envoyés pour diffusion massive (DVD et outils habituels précédemment mentionnés). De plus, un concours invitant les élèves à participer à la création collective d'une bannière sur les relations saines a été organisé en collaboration avec la Commission scolaire Kativik. Au total, huit communautés ont organisé des activités locales (discours, visionnement du DVD et discussion, atelier de sensibilisation dans les classes, kiosque d'information, jeux interactifs, concours de gâteau, repas communautaire, émission de radio, etc.) et six bannières ont été soumises au concours.

Mois de la nutrition 2011

Pour la première fois cette année, l'équipe de Santé publique a sollicité plusieurs des partenaires locaux afin qu'ils organisent dans leur communauté une activité soulignant le Mois de la nutrition (mars), la Journée mondiale de l'eau (22 mars) et la Journée des aliments traditionnels (25 mars). En vue de sensibiliser les *Nunavimmiuts* au rôle vital des aliments (sains et traditionnels) dans le maintien de leur santé physique, émotionnelle, intellectuelle et spirituelle et à l'importance de porter un regard critique sur ce qu'ils consomment, un financement de 750 $ à 1 000 $ (selon le nombre d'habitants) a été offert à chaque communauté et des outils de sensibilisation leur ont été envoyés (liste de sites internet fiables, livres de recettes et outils habituels précédemment mentionnés). Au total, neuf communautés ont organisé des activités

locales (atelier de sensibilisation et promotion de l'eau dans les classes, jeux interactifs parents-enfants, atelier de cuisine, repas communautaire, émission de radio, etc.).

Journée internationale de la femme 2011

Alors que la Journée de la femme célébrait le 8 mars dernier son 100e anniversaire, elle a été soulignée pour la première fois au Nunavik sous le thème « Les femmes du Nunavik passent à l'action pour faire une différence ! » Pour l'occasion, la RRSSSN et l'ARK ont mis en commun leurs ressources afin de mobiliser la population du Nunavik autour de l'importance et de la contribution des femmes inuites au sein de leurs communautés. Un financement de 200 $ à 350 $ (selon le nombre d'habitants) a été offert à chaque communauté en plus des outils habituels précédemment mentionnés. Plusieurs communautés ont répondu à l'appel en organisant des activités (repas entre femmes, salon de beauté, émission de radio, etc.) parmi lesquelles trois ont réclamé du financement.

Cours de conditionnement physique de groupe

La RRSSSN a soutenu les cours de conditionnement physique qui ont commencé à Kangiqsujuaq au cours de l'hiver. Ces cours ont été initiés par l'infirmière communautaire qui voulait répondre aux demandes des gens de la communauté. La formule employée a été d'intégrer des capsules santé suivies d'une séance de conditionnement physique. Les cours de conditionnement physique ont été donnés et supervisés par une ressource locale formée en kinésiologie, qui était de passage pour quelques mois dans la communauté.

Révision du Guide alimentaire du Nunavik

La version actuelle du *Guide alimentaire du Nunavik* a été réalisée en 2005. Au cours de l'année 2007, Santé Canada a émis de nouvelles recommandations en nutrition et a lancé un nouveau guide alimentaire. Le Nunavik a des traditions alimentaires qui lui sont propres, c'est pourquoi la Santé publique considère qu'il est nécessaire d'avoir un guide alimentaire spécifique à la région. À l'automne 2010, une consultation pour la réalisation d'un guide révisé a été faite à l'intérieur de trois communautés. La Santé publique souhaitait consulter la population et les intervenants utilisateurs du guide. Un stagiaire en nutrition a recueilli les opinions et suggestions de 53 répondants pour une collecte totalisant près de 195 commentaires. Suite à sa collaboration avec le GENUP de l'Université Laval et à la consultation populaire, la Santé publique du Nunavik peut maintenant produire un document de qualité tenant compte de l'opinion et de la réalité des *Nunavimmiuts*. Un important travail de graphisme est en cours. Le lancement du guide se fera au cours de l'année 2011.

Acquisition d'aptitudes individuelles (cible d'intervention : individus)

La promotion de la santé encourage et soutient le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie.

Campagnes régionales de communication

Plusieurs campagnes de communication ont été lancées au cours de la dernière année pour sensibiliser la population aux divers enjeux de santé publique.

Prévention du SIDA

Dans le cadre de la Journée mondiale du SIDA le 1er décembre, une campagne régionale a été lancée par l'équipe de Santé publique. Afin de sensibiliser les *Nunavimmiuts* aux risques et symptômes du VIH/SIDA et à l'importance d'adopter une pratique sexuelle saine et sécuritaire, des outils de communication ont été créés et envoyés dans chacune des communautés (affiches et capsules d'information pour la radio locale). De plus, un message a été diffusé sur une des chaînes radiophoniques régionales (TNI ou Radio-Canada, Service du Nord) et sur l'écran d'affichage électronique à l'aéroport de Kuujjuaq.

Prévention du suicide

Dans le cadre de la Semaine de prévention du suicide du 30 janvier au 5 février 2011, une campagne régionale a été lancée par la RRSSSN sous le thème « Comment célèbres-tu la vie ? » Afin d'inviter les *Nunavimmiuts* à identifier les moments ou les activités qui leur procurent un bien-être et de leur fournir les coordonnées des services d'aide disponibles, des outils de communication ont été créés et envoyés dans chacune des communautés (affiches et feuillets sur les services d'aide).

Défis et concours régionaux faisant la promotion des saines habitudes de vie

L'équipe de Santé publique a organisé différents concours s'adressant à la population (ou à certains groupes cibles) afin de promouvoir les saines habitudes de vie (tout en suscitant la réflexion et la prise en charge individuelles). Selon le concours et les besoins, les participants ont reçu des outils d'accompagnement et ont été orientés vers les ressources appropriées, tandis que certains d'entre eux se sont vus remettre d'importants prix soulignant leur détermination, leurs connaissances et leur talent :

Défi « J'arrête, j'y gagne ! »

Le Défi « J'arrête, j'y gagne ! », qui en était à sa 8e édition dans la région, s'adressait de nouveau cette année seulement aux fumeurs, tant jeunes qu'adultes. La participation fut excellente, avec

un total de 224 participants (133 jeunes et 91 adultes) qui ont décidé de tenter d'arrêter de fumer. Parmi eux, 18 personnes (9 adultes et 9 jeunes) ont réussi à demeurer non-fumeurs jusqu'à la toute fin du défi, soit six semaines plus tard. Pendant le défi, quelques écoles et quelques CLSC ont organisé des activités pour la prévention du tabagisme et la promotion des saines habitudes de vie.

Plusieurs communications ont eu lieu, tant à l'intérieur du Nunavik et auprès de différentes organisations qu'à l'extérieur de la région (écoles, CLSC, travailleurs de la santé, travailleurs communautaires en bien-être, maires, Makivik, First Air, Air Inuit, Bell, Fédération des coopératives du Nord-Québec, Newviq'vi).

Défi Santé

L'équipe de Santé publique a travaillé à la préparation d'un défi santé visant à sensibiliser quelque 200 jeunes de 12 à 17 ans, dans le cadre des Jeux scolaires du Nunavik tenus à Kuujjuaraapik en avril 2011. Des jeux-questionnaires thématiques et un kiosque d'information ont été élaborés pour promouvoir les habitudes de vie saines et sécuritaires en lien avec les thématiques suivantes : nutrition, activité physique, tabagisme, alcoolisme, toxicomanie, sexualité et diabète.

Éducation à la santé

Tout au long de l'année, plusieurs des agents de l'équipe de Santé publique ont été appelés à animer des ateliers et à présenter des conférences portant sur l'éducation à la santé, en plus de coordonner certains programmes d'éducation.

Conférence Qanaq

Sapputtit a invité les membres de la Direction de santé publique à présenter des conférences durant le forum sur la santé Qanaq auprès des jeunes, au mois de juin 2010 à Inukjuak. Différents exposés ont eu lieu sur les thèmes de l'activité physique, la nutrition, le tabac et le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF). Les commentaires reçus à propos des interventions ont été très positifs.

Camp d'entraînement de volley-ball pour les Jeux du Québec

Une équipe de volley-ball a été formée pour représenter le Nunavik aux Jeux du Québec. Un camp, à la fois d'entraînement et de sélection, a eu lieu en juin à Kangiqsujuaq. Deux membres de la Direction de santé publique ont été invitées par les gens du Département de récréologie de l'Administration régionale Kativik à se joindre au camp pour faire de brefs exposés sur différents sujets. Entre les pratiques en gymnase, des ateliers ont été réalisés auprès des joueurs et joueuses afin de les informer et les sensibiliser à une saine alimentation liée à l'entraînement et à la performance, à l'importance de l'hydratation, à la qualité du sommeil reliée à l'apprentissage

moteur et la récupération, à la visualisation et à la construction de l'esprit d'équipe. Les interventions ont été un succès et des changements d'attitude et de comportement ont été remarqués lors de rencontres sportives subséquentes.

Teamathlon 2010

En avril 2010, la Santé publique a été impliquée dans le Teamathlon de la CSK pour la première fois. Une stagiaire en nutrition pour la Santé publique et le GENUP ont travaillé à l'amélioration du menu pour la semaine, à la distribution de collations santé et à la diffusion d'information sur la nutrition et le sport.

Projet LORY : Promotion de saines habitudes de vie pour les enfants en bas âge

Une rencontre exploratoire avec l'ARK a été réalisée au sujet du projet Lory. La mission de la fondation Lory est d'aider les enfants en bas âge à résoudre ou à prévenir les problèmes particuliers auxquels ils sont ou seront confrontés. La promotion de saines habitudes de vie, de la réussite scolaire et de la protection de l'environnement est au centre des préoccupations de la fondation qui désire offrir aux parents, aux intervenants et à tout autre adulte responsable, des activités pédagogiques récréatives et sociales spécialement adaptées à ces fins.

Le projet Lory comporte des DVD éducatifs faisant la promotion de saines habitudes de vie et des ateliers de sensibilisation. Une formatrice en éducation du Collège St-Félicien utilise ces outils depuis quelques années. Les communautés participantes sont enthousiastes par rapport au projet et les jeunes réagissent très bien à ces ateliers. Une éventuelle collaboration entre l'ARK, la Santé publique et la fondation Lory est fortement envisagée.

Activité éducative en nutrition et cuisine pour les jeunes d'âge scolaire et préscolaire

Des ateliers de nutrition et d'initiation aux cuisines, inspirés du *Guide alimentaire du Nunavik*, sont offerts dans les différentes écoles et centres de la petite enfance (CPE) de la région. Ces activités ont été créées et animées par des stagiaires en nutrition de l'Université Laval. La nutritionniste de la RRSSSN, une nutritionniste du GENUP de l'Université Laval et la coordonnatrice du programme diabète de la RRSSSN collaborent pour la réalisation de ce projet.

Au menu, on retrouve des activités de cuisine et d'éducation visant à promouvoir de saines habitudes alimentaires, incluant les aliments traditionnels et les aliments commerciaux sains.

Ce projet, qui a débuté au printemps 2008, s'échelonne maintenant sur trois ans. À ce jour, les 14 villages ont été visités. Au cours de l'année 2010-2011, la communauté de Kuujjuaraapik a accueilli une stagiaire en nutrition supervisée par la Santé publique et le GENUP de l'Université Laval pour la réalisation de ces activités.

La prochaine étape de ce projet est de rassembler toutes les activités développées au cours de ces trois années et d'en promouvoir l'intégration au sein des milieux locaux.

Cours de cuisine offerts par Rebecca Veevee

La maison de la famille Sungirtuivik d'Inukjuak a eu l'initiative d'inviter la vedette de la télévision Rebecca Veevee en décembre 2010 pour effectuer une semaine d'ateliers de cuisine. Mme Veevee a abordé les thèmes des techniques de base en cuisine, l'exploration culinaire, la santé et la cuisine économique. Le tout s'est déroulé en inuktitut et dans l'humour. Les aliments traditionnels ont été à l'honneur et occupèrent une place de choix dans les mets cuisinés. Cette activité fut un succès en termes de participation et d'appréciation. La Santé publique s'engage à soutenir Sungirtuivik ou toute autre ressource pour la réalisation de ces ateliers.

Réorientation des services de santé (cible d'intervention: centres de santé et professionnels)

La promotion de la santé encourage et soutient la création d'un système de soins servant au mieux les intérêts sociaux, politiques, économiques et environnementaux, c'est-à-dire offrant non seulement des services cliniques et curatifs, mais des services centrés sur la totalité des besoins de l'individu dans le respect des besoins culturels.

Conception et distribution de matériel éducatif aux professionnels

Au cours de l'année, nous avons répondu à diverses demandes de matériel éducatif provenant des professionnels du réseau afin de les outiller dans leur pratique en promotion de la santé.

Promotion de l'activité physique

En lien avec la promotion de l'activité physique, de nouvelles collaborations ont été établies. L'infirmière en diabète sur la côte de l'Hudson, l'infirmière de la maison de la famille de Puvirnituq ainsi que l'équipe de la maison de la famille d'Inukjuak ont pu faire des demandes sur des besoins précis dans leurs milieux respectifs. Des conseils, la construction d'outils ou des commandes de matériel dans le but d'optimiser la pratique d'activité physique individuelle ou dirigée ont été partagés. En ce sens, une ébauche d'un recueil d'information fiable a été faite.

Promotion de la santé sexuelle

Ce programme, qui était en place depuis quelques années, a subi un sérieux ralentissement en 2009-2010, en particulier dû à l'hésitation de notre partenaire principal, c.-à-d., la Commission scolaire Kativik, d'aller plus à fond avec ce projet. Cependant, suite à une révision du programme qui est pratiquement complétée, et à sa traduction en inuktitut en 2010-2011, nous prévoyons une relance de ce projet durant la prochaine année, conditionnelle à l'implication de la CSK.

Guide des intervenants sur l'échange de matériel stérile d'injection

Nous avons poursuivi notre collaboration avec les deux établissements afin de mieux encadrer les activités d'échange de seringues. Le guide des intervenants fait toujours l'objet de consultations auprès des intervenants des deux centres de santé. La version finale devrait être disponible en 2011-2012.

Également, nous procédons actuellement à l'inventaire des services disponibles en lien avec l'infection au VIH. Sous la direction de Dr Paul Brassard (consultant) et réalisé en collaboration avec les deux centres de santé, cet inventaire devrait nous permettre d'identifier les volets des services qui sont manquants ou peu accessibles, afin de proposer une organisation optimale des services eu égard au VIH dans notre région.

Information et matériel sur les traitements nutritionnels

Les centres hospitaliers de la région ne possèdent pas de services de nutrition clinique. Le diabète, la maladie cœliaque, l'hyperlipidémie et les retards de croissance sont tous des conditions de santé nécessitant un traitement nutritionnel. Au cours de l'année, des consultations en clinique externe ont été réalisées avec des patients principalement atteints de maladies chroniques. Lorsque demandés par les professionnels des centres hospitaliers, de l'information et du matériel sur les traitements nutritionnels leur sont transmis par la nutritionniste de la Santé publique.

Formation des professionnels

Formation des infirmières des centres de santé sur les ITSS

La formation sur les ITSS continue, en collaboration avec l'INSPQ. Également, la Direction de santé publique a financé la participation de quelques infirmières du Nunavik aux Journées annuelles de santé publique 2009.

Formation sur le diabète

Encore cette année, nous avons offert la possibilité pour les infirmières inuites formées en diabète d'assister à des congrès dont celui de l'Association Canadienne de diabète à Edmonton, le 17e Congrès d'études inuites à Val d'Or, où Mina Akparook a fait une présentation sur l'évolution du diabète au Nunavik, et enfin, celui de Diabète Québec à Québec.

De plus, le personnel infirmier des sept CLSC de la Baie d'Ungava ont reçu une formation en diabète par l'équipe de Diabète Québec. La formation a remporté un vif succès. Ce sont 24 personnes au total qui ont été formées, dont une nutritionniste et une kinésiologue.

Formation en nutrition et activité physique pour l'infirmière en diabète du Centre de santé Inuulitsivik

La Direction de santé publique a offert deux formations portant sur la nutrition et l'activité physique pour l'infirmière en diabète du Centre de santé Inuulitsivik.

Approche École en santé

École en santé est une approche globale et concertée pour la promotion de la santé, le bien-être et la réussite des élèves. À ce titre, plusieurs projets et initiatives ont eu lieu durant cette année scolaire et se poursuivront en 2011-2012. Certains ont déjà été mentionnés (Club des Petits déjeuners, les récréations actives, semaine des relations saines, etc.). Cependant, nous tenons à mentionner d'autres réalisations de cette approche qui se veut véritablement intégratrice.

L'approche École en santé dans les écoles de la région… des actions concrètes !

Au cours de l'année scolaire 2010-2011, les choses ont beaucoup changé et les demandes des écoles se sont multipliées. L'accompagnement des écoles s'est effectué sous plusieurs formes et ciblait très souvent des besoins très différents d'un milieu à l'autre.

L'offre de service régionale École en santé s'est regroupée sous plusieurs projets à thématiques jugés prioritaires en fonction du contexte scolaire actuel au Nunavik. Les thématiques prioritaires de cette année ont également été sélectionnées selon divers critères :

- priorités des commissaires de la CSK et du C.A de la RRSSSN ;
- priorités des écoles et besoins des élèves ;
- activités locales et régionales existantes pouvant être bonifiées ;
- potentiel de réussite du projet ou des actions entreprises.

Les principaux projets soutenus ou développés furent :

Les premiers Jeux scolaires du Nunavik : Pour la santé et la réussite scolaire !

Pour la première fois au Nunavik, toutes les écoles de la région ont eu la chance d'être représentées par leur équipe scolaire à l'occasion des premiers Jeux scolaires du Nunavik qui se sont déroulés à Kuujjuaraapik/Whapmagoostui du 7 au 13 avril 2011.

L'objectif était de réunir celles-ci autour d'un projet commun, celui de représenter fièrement son école à l'occasion du plus grand événement sportif scolaire jamais réalisé au Nunavik. Déjà à la mi-octobre, nous avions reçu toutes les confirmations de participation des écoles. Celles-ci avaient à débourser des frais d'inscription de 2 000 $ et devaient aussi former une équipe d'élèves âgés de 11 à 16 ans (11-12 ans : benjamins ; 13-14 ans : cadets ; 15-16 ans : juvéniles).

Cette formule d'inscription payante a favorisé l'implication de partenaires (municipalités et autres instances locales et régionales).

Les écoles ont eu l'occasion de créer un logo original afin de représenter leur équipe scolaire à l'occasion de ces jeux. Les élèves étaient très fiers de porter leur logo respectif qu'ils ont créé. Ce volet des jeux avait l'intention de renforcer le sentiment d'appartenance des élèves à leur équipe et par le fait même à leur école. Les recherches ont démontré qu'un sentiment d'appartenance a pour effet d'être bénéfique sur la santé physique et le bien-être des enfants. Six écoles ont eu la chance cette année de développer un logo pour leur équipe scolaire puisqu'elles n'avaient pas pris part au Teamathlon 2010. Toutes les écoles de la région obtiennent ainsi leur équipe sportive.

Cette première édition comptait 224 participants. Il s'agit d'un accroissement de participation de l'ordre de 55 % comparativement à celle du Teamathlon 2010 (145 participants) et 167 % comparé au premier Cross-Country scolaire (Toundra au trot) tenu en 2006.

En marge de ces activités, ces jeux étaient une occasion en or de faire l'intégration d'activités de sensibilisation abordant les thématiques de santé prioritaires chez les jeunes : activité physique, nutrition, diabète, tabagisme et maladies infectieuses. Sous la coordination d'une équipe multidisciplinaire en saines habitudes de vie, ces activités ont connu une excellente participation autant chez les élèves que chez les enseignants. Nous ne pouvons qu'espérer que cette immersion santé aura pour effet de générer des comportements sains dans le futur.

Les Amaruq de l'école Ikusik (Salluit) ont remporté les honneurs de la Coupe des Jeux scolaires du Nunavik alors qu'ils ont su exceller lors des compétitions. Cette même école s'est vue remettre la Coupe du Défi santé après avoir accumulé le plus de points santé. Enfin, la Coupe de l'Éthique sportive a été remise aux Harfangs de l'école Ajagutak (Tasiujaq) afin de souligner leurs efforts au niveau de l'esprit sportif dont ils ont fait preuve tout au long des jeux.

En terminant, ces jeux n'auraient jamais connu un tel succès sans la présence et la participation de nombreux partenaires.

À ce titre, les employés de soutien, les enseignants et l'administration de l'école Asimauttaq de Kuujjuaraapik ont été la colonne vertébrale de ces jeux. L'Administration régionale Kativik a également contribué grandement avec la présence de leurs conseillers régionaux en loisir. Un volet de leur implication entourait la tenue d'une formation en arbitrage pour des jeunes adultes de la région. Cette formation a permis de développer des compétences régionales en la matière, mais surtout de permettre un arbitrage équitable et sain lors des compétitions.

En espérant que les années à venir seront toutes aussi prometteuses !

Édition 2010-2011

École Jaanimmarik (Kuujjuaq), École Ikusik (Salluit), École Nuvviti (Ivujivik), École Tukisiniarvik (Akulivik), École Iguarsivik (Puvirnituq), École Innalik (Inukjuak), École Kiluutaq (Umiujaq), École Asimauttaq (Kuujjuaraapik), École Nuiyak (Sanikiluaq), École Badabin Eeyou (Whapmagoostui), École Ulluriaq (Kangiqsualujjuaq), École Ajagutak (Tasiujaq), École Tarsakallak (Aupaluk), École Sautjuit (Kangirsuk), École Isummasaqvik (Quaqtaq), École Arsaniq (Kangiqsujuaq)

Soutien aux écoles de la région

Au cours de cette année scolaire, plusieurs mesures ont été prises afin d'améliorer la santé et le bien-être des élèves. Lorsque le besoin était présent et manifesté, notre équipe multidisciplinaire a été en mesure de répondre avec un soutien approprié, et ce, dans les plus brefs délais possible. Certains défis demeurent toutefois au niveau de la coordination des actions locales et régionales, étant donné que les directions d'école sont trop souvent sursollicitées. Une avenue potentielle serait la mise sur pied d'un comité École en santé qui se chargerait d'établir et maintenir les liens de communications avec les instances régionales (CSK, RRSSSN, ARK) en matière de promotion de la santé et de réussite scolaire. Pour en favoriser l'émergence, cette initiative locale devrait se voir attribuer des fonds qui seraient gérés par l'école sous les recommandations de ce comité.

Championnat scolaire régional de hockey sans contact

Les Amaruq de l'école Ikusik de Salluit ont participé au Championnat scolaire régional de hockey sans contact. Depuis la récente affiliation (septembre 2009) de la Commission scolaire Kativik à l'Association régionale du Sport étudiant du Lac-Saint-Louis, c'est la deuxième fois qu'une école de la région participe officiellement dans un événement du grand réseau québécois du sport étudiant. Cette expérience a permis à 15 élèves âgés de 11 à 13 ans de l'école Ikusik de Salluit de prendre part à ce tournoi qui s'est tenu à Montréal du 24 au 28 mars dernier.

Le programme de hockey de l'école Ikusik offre depuis plus de huit ans une formule unique permettant aux élèves de l'école de pratiquer leur sport favori durant les heures scolaires. La Direction de santé publique a grandement contribué à ce projet scolaire : achat d'équipement de hockey pour les élèves du primaire, frais de voyage, etc.

« NunActive », un projet d'action en partenariat

« NunActive » signifie des communautés du Nunavik en action pour de saines habitudes de vie chez les jeunes. Il se veut une approche ascendante afin de favoriser la mobilisation, le pouvoir d'action et l'efficacité autour des actions en promotion de la santé. Devant ce défi complexe, plusieurs problèmes propres à la situation qui prévaut au Nunavik doivent être considérés :

- des programmes normés mal adaptés au contexte ;
- des actions régionales et locales sectorisées ;
- un faible taux de ressources humaines qualifiées.

De multiples rencontres ont eu lieu dans la poursuite de la construction de ce partenariat auprès des principaux partenaires (CSK, RRSSSN, ARK). Malheureusement ce printemps, celui-ci a connu un essoufflement et est tombé au point mort. Une rencontre devrait être organisée prochainement afin d'analyser la situation dans le but d'y apporter des solutions.

Devant la complexité de la situation, l'efficacité en promotion de la santé, spécialement en saines habitudes de vie, connaîtra des avancées advenant un investissement accru dans une coordination intersectorielle visant à construire des actions en partenariat entre les divers acteurs concernés (ARK, CSK, RRSSSN). Les diverses stratégies mises en place par cette entité permettront l'établissement d'un contexte favorable au développement des capacités des communautés du Nunavik dans la promotion d'un mode de vie et d'environnements sains.

Connaissance – Surveillance – Information

Surveillance MADO et vigie

Différentes activités sont menées dont certaines sur une base continue (comme par exemple la surveillance passive). Les principales activités sont :

- saisie continue (au fur et à mesure que les cas sont télécopiés à la DSP) des cas déclarés de maladies à déclaration obligatoire, ITSS et non-ITSS ;
- production de tableaux sommaires présentant la distribution des MADO sur une base trimestrielle ou annuelle ;
- production de tableaux ou graphiques présentant l'évolution dans le temps de certaines MADO (chlamydiose génitale, infection gonococcique, tuberculose) ;
- réalisation de produits spécifiques pour les activités de prévention/promotion/éducation sur les ITSS (travail de collaboration avec l'infirmière responsable des ITSS à la Santé publique et les autres infirmières en santé communautaire des centres de santé Tulattavik et Inuulitsivik) ;
- mise à jour des données sur les cas déclarés de l'infection gonococcique pour les décideurs (médecin responsable des maladies infectieuses, directeur de la Santé publique, assemblée des directeurs) ;
- extraction et analyse des banques de données MedEcho et mortalité ;
- exploitation des données de l'infocentre et production de données diverses : nombre et distribution des causes d'hospitalisation ou de mortalité, etc.

De plus, divers produits de surveillance ont été préparés pour soutenir les exercices de planification aux niveaux régional (planification stratégique, projet clinique, plan directeur des ressources informationnelles, etc.) et local. Il s'agit, entre autres, de données populationnelles ou issues de banques de données administratives telles que MedEcho, mortalité, naissances, MADO, etc.

Plan régional de surveillance de l'état de santé

En collaboration avec l'INSPQ, la DSP a travaillé à la préparation du premier fascicule du portrait régional de santé qui concerne les indicateurs sociodémographiques. Ce fascicule intègre différents indicateurs permettant de comparer les caractéristiques sociodémographiques du Nunavik avec celles du reste du Québec et des autres régions inuites du Canada. La version finale devrait être disponible à l'automne 2011.

C'est le premier d'une série de cinq fascicules décrivant les thématiques suivantes : les conditions sociodémographiques, les comportements et habitudes de vie, la santé des mères et des tout-petits, les milieux de vie et l'état de santé globale. Les calculs des indicateurs des deux premiers fascicules sont finalisés et ceux du fascicule sur la santé des mères et des tout-petits sont à un stade avancé.

Projet Nasautit

Les travaux avec les partenaires des trois autres régions inuites sur les données de santé des Inuits du Canada (projet Nasautit) ont abouti à la création d'un site web dont le lancement officiel doit être fait incessamment. En collaboration avec les autres régions, nous avons participé à la sélection de multiples indicateurs et validé le processus de production des tableaux

et graphiques devant apparaître en ligne. Une large diffusion a été faite pour informer les partenaires, les agents et les responsables régionaux de l'existence de cette importante source d'information sur la santé de l'ensemble de la population inuite du Canada.

Autres activités

- Activités de soutien à la formation en santé publique des agents de la Direction de santé publique du Nunavik ;
- Soutien aux différents étudiants impliqués dans divers projets de recherche au Nunavik ;
- Extraction et compilation des données pour divers partenaires locaux et régionaux, en réponse aux demandes ad hoc.

Recherche et évaluation

Comme par les années passées, la Direction de santé publique a participé activement à plusieurs projets de recherche, notamment dans le domaine de la nutrition, des contaminants et des maladies infectieuses.

Parmi les projets dignes de mention, nous retenons :

- le projet de recherche sur le développement des enfants et adolescents du Nunavik : au cours de la dernière année, la DSP a collaboré étroitement avec l'équipe de chercheurs pour en tirer les conclusions appropriées et développer les messages appropriés pour les décideurs régionaux et la population du Nunavik. Les activités de communication auront lieu à l'automne 2011 ;

- un projet de recherche sur l'insécurité alimentaire au Nunavik : ce projet est réalisé en collaboration avec différents partenaires. Des analyses plus poussées des différentes données disponibles devraient nous permettre de tirer certaines conclusions ;

- le projet de recherche concernant les outils pouvant se révéler efficace dans la promotion de pratiques sexuelles sécuritaires auprès des jeunes adultes au Nunavik : ce projet en est à sa phase finale et les outils devraient être disponibles durant la prochaine année ;

- l'étude sur la perception des parents par rapport au Programme de nutrition dans les CPE du Nunavik : réalisée par une étudiante à la maîtrise de l'Université Laval, ce projet a été soutenu financièrement par la DSP. De plus, la DSP a participé, dans les deux communautés, à la validation et à l'interprétation des résultats avec l'étudiante et des sous-groupes de participants.

Perspectives pour l'année 2011-2012

Du point de vue de la planification des activités de la DSP, l'année 2011-2012 verra la révision du plan d'action régional de santé publique. Profitant de cet exercice de révision, nous allons regrouper les différentes actions de la direction sous quatre thèmes structurants :

- le développement global des jeunes enfants ;
- l'approche intégrée en milieu scolaire ;
- le développement des communautés ;
- une politique alimentaire régionale.

Bien entendu, la DSP continuera d'assurer la couverture de ses différents mandats tel que prescrit par la *Loi sur la santé publique*. Cependant, quelques initiatives dont les bases ont été jetées au cours de l'année 2010-2011 orienteront fortement les actions de la direction pour les prochaines années. Citons notamment la progression des travaux de planification du projet Écoles en santé et le projet d'intervention multifactoriel en milieu de garde. Ces projets permettent d'agir sur une multitude de facteurs en profitant de l'effet de synergie des interventions.

Également, nous avons jeté les bases de notre développement futur, axé sur les interventions favorisant le développement des communautés. Pour ce faire, nous anticipons développer le réseau de santé publique au niveau local et sous-régional, pour être plus près de la réalité vécue par la population. Nous participons au développement du réseau des comités de bien-être au sein des communautés. Nous anticipons également le développement du réseau des agents de santé communautaire au sein de chaque communauté. Ces deux entités doivent être en lien étroit avec le réseau de la santé et des services sociaux et permettre aux communautés de faire connaître leurs besoins et de mieux s'impliquer dans la définition des solutions.

Finalement, l'alimentation constitue sans contredit une priorité régionale. Avec la publication des résultats de la recherche sur les effets des contaminants sur la santé des enfants, nous profiterons de l'occasion pour jeter les bases d'une collaboration future avec nos principaux partenaires régionaux afin de définir une politique alimentaire régionale, adaptée à la réalité du Nunavik. Plusieurs aspects devront être pris en compte : sécurité des aliments traditionnels, approvisionnement suffisant des communautés, recrudescence des cas de diabète, coût de la vie au Nunavik, etc.

Valeurs et Pratiques Inuites

Mot de la directrice

En janvier 2011, j'ai intégré mon poste de directrice de la Direction des valeurs et pratiques inuites (DVPI). Au début de l'exercice, la Commission de témoignage et de réconciliation (CTR) a visité la région, d'abord à Inukjuak et ensuite à Kuujjuaq. Durant les visites aux deux communautés, accompagnée d'une équipe de la RRSSSN responsable du dossier des pensionnats indiens, j'ai assisté aux témoignages d'anciens élèves. Environ 30 anciens élèves ont assisté aux réunions dans les deux communautés avec d'autres membres desdites communautés. Des travailleurs en soutien affectif ainsi qu'un psychologue étaient également présents afin de fournir un soutien aux anciens élèves et aux autres participants.

La DVPI poursuit sa collaboration avec Santé Canada pour établir les travailleurs en santé communautaire mandatés dans le contexte du Programme de soutien en santé – résolution des questions des pensionnats indiens au Nunavik. Ces travailleurs auront à offrir un soutien affectif aux anciens élèves de pensionnat et à leur famille, surtout ceux qui participeront au Processus d'évaluation indépendant (PEI) dans les prochains mois.

Depuis mon arrivée à la RRSSSN, j'ai consacré beaucoup de temps au dossier des pensionnats indiens, et j'anticipe la collaboration avec les représentants des différents organismes qui travaillent dans ce domaine. De plus, je travaille sur le dossier de l'adoption traditionnelle avec la Société Makivik et des représentants du Gouvernement du Québec. Le groupe de travail s'est réuni à quelques reprises cette année et rédige présentement un rapport qui sera soumis à deux ministres provinciaux pour inclusion aux dispositions concernant l'adoption traditionnelle du *Code civile du Québec*.

J'anticipe la poursuite de nos travaux au courant du nouvel exercice. En terminant, j'aimerais remercier le conseil d'administration de la RRSSSN de son soutien aux mandats et aux objectifs de la Direction des valeurs et pratiques inuites.

Jennifer Watkins

Grandir ensemble

Grandir ensemble est un programme fédéral qui octroie du financement à toutes les communautés du Nunavik selon le nombre d'habitants. Un total de 61 projets a été approuvé et achevé cette année.

Le tableau suivant présente le montant disponible à chaque communauté au début de l'exercice 2010-11 ainsi que le montant dépensé.

Communauté	Montant disponible	Montant dépensé
AKULIVIK	48 272,00 $	44 194,00 $
AUPALUK	29 308,00 $	51 983,00 $
INUKJUAK	104 302,00 $	150 771,00 $
IVUJIVIK	38 790,00 $	20 060,00 $
KANGIQSUALUJJUAQ	66 374,00 $	75 407,00 $
KANGIQSUJJUAQ	50 858,00 $	34 394,32 $
KANGIRSUK	48 272,00 $	55 466,30 $
KUUJJUAQ	118 956,00 $	261 613,01 $
KUUJJUARAAPIK	55 168,00 $	32 218,00 $
PUVIRNITUQ	106 026,00 $	0,00 $
QUAQTAQ	37 066,00 $	12 000,00 $
SALLUIT	88 786,00 $	25 339,00 $
TASIUJAQ	31 894,00 $	9 105,00 $
UMIUJAQ	37 928,00 $	15 078,00 $
PROJETS RÉGIONAUX	35 000,00 $	70 000,00 $
TOTAL		857 628,63 $

Afin d'être approuvé, chaque projet doit porter sur au moins un des thèmes suivants :

- santé mentale ;
- bébés en santé ;
- prévention des traumatismes ;
- développement des enfants ;
- habiletés parentales.

Tout projet soumis doit être accompagné d'une résolution de la municipalité indiquant que le projet a le soutien de la communauté. Dans certains cas, une résolution du comité d'éducation est accepté. De plus, nous essayons de maintenir une composante culturelle dans les projets approuvés, quoique les projets réalisés au Nunavik varient grandement au niveau des thèmes abordés. Notre but est d'offrir aux jeunes suffisamment d'occasions d'explorer différentes activités au niveau communautaire dans le cadre du programme Grandir ensemble, des occasions qu'ils n'auraient pas autrement. Nous tentons également d'aider les familles dans toutes les communautés à créer un milieu de vie sain.

Si, au 15 janvier de chaque année, une communauté n'a pas utilisé toute son allocation, le solde est transféré à un fonds régional accessible aux autres communautés ou utilisé pour financer des activités à caractère régional.

Voici quelques exemples de projets réalisés au courant de 2010-2011 :

- camp d'été *Proud Reunions* ;
- cours de broderie perlée ;
- cours de couture ;
- cours de cuisine culturelle ;
- ateliers de gardiennage ;
- activités sportives au niveau communautaire et régional ;
- sorties culturelles ;
- excursions en traîneau à chiens ;
- etc.

Nous sommes fiers des initiatives prises par les *Nunavimmiuts* pour améliorer le bien-être de nos jeunes.

Programme de soutien en santé – résolution des questions des pensionnats indiens

Le Gouvernement du Canada, par le biais du Programme de soutien en santé – résolution des questions des pensionnats indiens (PSS-RQPI), offre des services de soutien affectif à tous les

anciens élèves des pensionnats et leur famille qui participent aux activités dans le cadre de la Convention de règlement :

- Processus d'évaluation indépendant (PEI) ;
- Paiement d'expérience commune (PEC) ;
- événements de la Commission de témoignage et de réconciliation (CTR) ;
- événements commémoratifs.

Le PSS-RQPI offre aux anciens élèves et à leur famille une gamme de services de soutien avant, durant et après chaque étape de la Convention de règlement relative aux pensionnats indiens. Chaque travailleur offrant du soutien a reçu une formation spéciale et a de l'expérience dans la prestation de services de soutien.

Le PSS-RQPI s'assure que ces anciens élèves et leur famille :

- ont accès à des services de soutien affectif et culturel ;
- sont capables de prendre des mesures concernant les questions d'affections et de bien-être reliées à la divulgation d'abus envers les enfants.

Sous la gestion de la DVPI, l'entente de contribution relative aux pensionnats indiens se développe plus lentement que prévu, mais il y a néanmoins des progrès. L'affichage des postes de travailleurs en soutien affectif a été fait en novembre 2010, mais à ce jour, les postes demeurent vacants. Au début de l'an 2011, des représentants de Santé Canada sont arrivés à Kuujjuaq afin d'appuyer la RRSSSN dans son mandat dans le cadre de ladite entente de contribution concernant le Programme de soutien en santé. Cinq travailleurs en soutien affectif ont reçu une formation d'une semaine animée par santé Canada à Kuujjuaq pour le prochain événement de la Commission de témoignage et de réconciliation.

Mars 2011

Commission de témoignage et de réconciliation (CTR)

Un des mandats principaux de la CTR est d'informer les Canadiens sur l'histoire des pensionnats indiens et de faciliter la réconciliation pour les individus, les familles, les communautés, les organismes religieux, le gouvernement et la population du Canada.

Au 14 mars 2011, la CTR a commencé sa tournée régionale du Nunavik. Pour cette tournée, environ 15 anciens élèves de pensionnat de la côte d'Hudson se sont rendus à Inukjuak tandis qu'une autre quinzaine provenant de la côte d'Ungava se sont rendus à Kuujjuaq afin de participer aux audiences. Ils ont également assisté à des cérémonies avec des membres de la communauté intéressés. La plupart des déclarations furent prononcées en public ; beaucoup de personnes qui ont assisté ont été émues. En général, la tournée fut un grand succès.

La DVPI poursuit sa collaboration avec Santé Canada afin d'établir les travailleurs en santé communautaire mandatés dans le contexte du Programme de soutien au Nunavik. Une fois ces travailleurs embauchés et en fonction, leurs mandats sera d'offrir un soutien affectif aux anciens élèves de pensionnat et à leur famille, surtout ceux qui participeront au Processus d'évaluation indépendant.

Comités de bien-être

Les comités de bien-être sont composés de membres de chaque communauté et sont mandatés d'identifier les besoins en termes de bien-être et les problèmes de leur communauté respective ainsi que de trouver des solutions à ces problèmes. Ces comités sont mis sur pied selon une des méthodes suivantes : une élection est tenue dans la communauté ; les membres sont nommés par divers organismes au sein de la communauté ; les membres intéressés de la communauté expriment leur désir de devenir membre du comité.

Une fois les comités mis sur pied, un versement de 25 000 $ par année est transféré à chaque communauté. Il importe de mentionner qu'auparavant, un versement de 12 500 $ était transféré deux fois par année. Depuis le 1er avril, un versement annuel sera envoyé à chaque village ayant un comité de bien-être en place. La RRSSSN exige les rapports d'activité au 31 mars de chaque année.

Les villages suivants ont un comité de bien-être : Akulivik, Aupaluk, Ivujivik, Kangiqsualujjuaq, Kuujjuaq, Kuujjuaraapik, Puvirnituq, Salluit et Umiujaq. Des rencontres sont prévues afin d'établir un tel comité dans les villages suivants : Inukjuak, Kangiqsujuaq, Quaqtaq, Tasiujaq et Kangirsuk.

Sages-femmes

Le Nunavik compte quatre maisons des naissances, trois sur la côte d'Hudson—Inukjuak, Puvirnituq et Salluit—et la quatrième sur la côte d'Ungava, à Kuujjuaq.

En 2010-2011, l'Ungava a enregistré 34 naissances, l'Hudson, 147.

En l'été 2011, le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava (CSTU) a commencé la construction de son nouveau transit, lequel comprendra une nouvelle maternité ainsi que des espaces de bureau pour le personnel. Le CSTU a également ajouté une sage-femme à temps complet à son équipe.

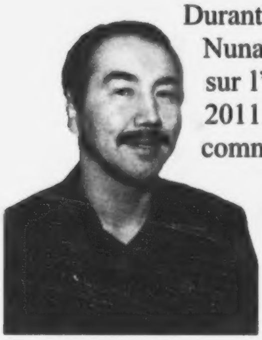
Brenda Epoo a exprimé son intérêt à travailler avec Vicki Van Wagner afin d'améliorer le projet d'équivalence pour les Inuits en formation pour devenir sages-femmes. Elles se sont rencontrées pour discuter des améliorations au programme actuel et sont en train de rédiger un nouveau document pour le prochain exercice.

Adoption traditionnelle

Le groupe de travail sur l'adoption traditionnelle au Québec a été créé conjointement par le ministère de la Justice et le ministère de la Santé et des Services sociaux avec le mandat de proposer des solutions à la situation actuelle, où la pratique de l'adoption traditionnelle ne fait pas partie de la législation provinciale. Ce groupe rédige présentement un rapport avec des recommandations pour présentation en juin ou juillet 2011 et ensuite pour inclusion dans le *Code civile du Québec*. Une fois le rapport achevé par le groupe de travail, le comité consultatif sur l'adoption traditionnelle chez les Inuits se réunira afin d'élaborer une politique sur l'adoption traditionnelle applicable aux Inuits du Nunavik.

Services administratifs

Mot du directeur



Durant l'année 2010-2011, le développement du réseau sociosanitaire du Nunavik s'est poursuivi grâce aux efforts d'une équipe motivée qui travaillait sur l'implantation du Plan régional stratégique. Des plans d'action pour 2010-2011 et pour 2011-2012 concernant les services à offrir dans toutes les communautés furent élaborés.

Pour atteindre nos objectifs, la première étape était d'identifier les besoins en termes de logement pour le personnel des deux centres de santé et de la régie régionale. Après plusieurs discussions et une recherche de la meilleure solution pour le recrutement afin de développer les services à implanter, les organismes ont choisi le type de logements à construire ; ensuite, des actions préliminaires furent entreprises afin de commencer les projets de logement prévus pour 2011-2012.

Cette année, le Bureau régional de gestion de projets a participé davantage au processus décisionnel avec les deux centres de santé. Ce comité a été créé il y a deux ans et compte parmi ses membres des représentants de chaque direction des centres de santé. Il a tenu des rencontres régulières durant l'an 2010-2011 afin d'approuver et de soutenir différents projets.

Les projets principaux élaborés et réalisés par le Bureau régional de gestion de projets sont le recrutement pour les projets biomédicaux (qui compte maintenant un conseiller et deux techniciens), le développement de ressources informationnelles (avec un investissement de trois millions de dollars), la mise à niveau de l'infrastructure de télécommunication (permettant les services de télésanté dans toutes les communautés) et le plan triennal de conservation et de fonctionnalité des immobilisations pour la période de 2011 à 2014. Nous avons également élaboré des systèmes de gestion, y compris un logiciel pour le MNQ. Encore plus important, nous avons assuré un suivi plus serré des ressources financières par le biais d'activités et de programmes au sein du réseau de la santé et des services sociaux et ainsi permis aux deux centres de santé de terminer l'an 2010-2011 en équilibre budgétaire.

Tous les outils et les systèmes étant maintenant en place et tout poste vacant comblé, nous avons devant nous un avenir positif ; l'application du Plan régional stratégique assurera les services de santé et les services sociaux pour toute la population inuite.

Silas Watt

Ressources financières

BUDGET RÉGIONAL (MSSS)

Le MSSS a autorisé des dépenses de 130,5 millions de dollars pour la région pour 2010-2011, sans compter les fonds d'immobilisations. Pour l'année financière 2010-2011, le MSSS a majoré le budget régional de 25,4 millions de dollars. Cet ajout est basé sur le déficit de fonctionnement des centres de santé de 2009-2010, tel que négocié dans le Plan régional stratégique. Cette année, les deux centres ont terminé l'exercice en équilibre budgétaire. Le MSSS a également remboursé l'ensemble des déficits de fonctionnement cumulés des centres pour un total de 128,5 millions de dollars. Le budget régional fut distribué comme suit :

ALLOCATIONS 2010-2011	Millions $
ÉTABLISSEMENTS	
Centre de santé Inuulitsivik	55,7
Centre de santé Tulattavik de l'Ungava	40,6
FONDS ASSIGNÉS, RRSSSN	
Services assurés/non assurés	20,4
Autres	3,6
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	
Centres jeunesse	1,8
Autres	3,4
Réserve : projets spéciaux en attente	5,0
TOTAL DES TRANSFERTS	**130,5**

Budget de fonctionnement de la RRSSSN

La Direction des services administratifs assure une expertise en matière de finance auprès des autres directions : la Direction générale, la Direction des valeurs et pratiques inuites, la Direction

de la planification et de la programmation, la Direction de la santé publique et la Direction des services hors région. Cette année, le service des finances a géré les fonds suivants :

Fonds de fonctionnement et fonds assignés

Le MSSS a octroyé un budget de 5,1 millions de dollars pour le fonctionnement de la RRSSSN. Cette dernière a également reçu 900 000 $ de d'autres sources, principalement des ententes de contribution. En plus de ce budget de fonctionnement, la RRSSSN a aussi reçu et géré des fonds assignés de 25 millions de dollars pour les activités spécifiques, en provenance de deux sources différentes : directement du MSSS et l'enveloppe régionale.

Fonds d'immobilisations

La RRSSSN a transféré 7,1 millions de dollars pour différents projets d'immobilisations tels le remplacement d'équipements, le maintien et les rénovations de son édifice et l'achat des équipements médicaux.

Fonds assignés fédéraux et de ITK

Le gouvernement fédéral et Inuit Tapiriit Kanatami ont fourni des montants totalisant 8,9 millions de dollars. Contrairement au cas des fonds assignés provinciales, les ententes de contribution avec ces deux instances sont établies sur une base annuelle. À la fin de l'exercice, ils récupèrent tout solde non dépensé durant l'année.

Santé Canada & ITK	$
Initiative de diabète autochtone	589 582
Grandir ensemble	1 153 893
Soins à domicile et communautaires	2 110 110
Trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale	351 762
Gestion de crise en santé mentale	870 719
Programme de nutrition prénatal	296 196
Stratégie de prévention du suicide	88 000
Plan d'intégration en santé mentale du FTSA	825 135
Modes de vie sains à l'école et Toxicomanie du FTSA	654 207
Plan d'adaptation, projet clinique du FTSA	663 964
Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone	177 086
Dossier pensionnats	282 656
Nutrition Nord Canada	245 250
Affaires indiennes et du Nord	
Incapacités chez les adultes	25 744
Violence familiale	169 200
Programme de lutte contre les contaminants dans le Nord	124 028
ITK	
Campagnes *Born Smoke-Free* et *Blue Light*	56 401
Coordonnateur régional d'engagements	175 000
Total des subventions	**8 858 933 $**

Immobilisations et équipements

La RRSSSN a été impliqué dans plusieurs projets locaux et régionaux en 2011. L'un des plus importants fut la planification de la construction de 70 unités de logement pour le personnel. Avec la demande accrue de services de santé et de services sociaux et l'augmentation afférente au niveau du personnel, le besoin en termes de logement devient une priorité majeure.

Afin de répondre au besoin d'infrastructure régionale, la régie régionale a appuyé les deux établissements dans la réalisation de leurs projets. Ainsi, le Centre de santé Inuulitsivik a maintenant un nouveau transit pour patients à côté de ses installations et a reçu un budget de deux millions de dollars pour des espaces de bureau destinés à sa Direction de la protection de la jeunesse.

Pour sa part, le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava aura un nouveau complexe pour patients avant la fin de 2011. D'autres projets importants pour Tulattavik furent l'agrandissement du garage pour les ambulances, une nouvelle aire pour les archives, une nouvelle morgue et de nouveaux espaces de bureau. Le coût estimé de ces projets est inférieur à trois millions de dollars.

La RRSSSN est actuellement en train d'élaborer un nouveau plan triennal (2011-2014) de conservation et de fonctionnalité pour le territoire. Nous collaborons étroitement avec les deux établissements et nous assurons qu'ils ont toutes les informations et les budgets nécessaires afin de réaliser leurs projets.

À présent, la RRSSSN travaille sur un nombre de projets. Des rénovations majeures sur cinq de ses édifices les plus vieilles se poursuivront et devront s'achever d'ici l'automne 2011.

Ressources humaines

En 2010-2011, le plan de main d'œuvre de la RRSSSN a subi peu de changement. Il compte maintenant :

- 1 poste permanent d'hors-cadre à temps plein ;
- 8 postes permanents de cadres supérieurs à temps plein ;
- 1 poste de cadre intermédiaire à temps partiel ;
- 45 postes permanents d'employés à temps plein ;
- 1 poste permanent d'employé à temps partiel ;
- 3 postes temporaires d'employés à temps plein.

Comparé à l'an dernier, il y a trois postes permanents à temps plein de plus : deux pour des secrétaires et un pour un traducteur (anglais-inuktitut), tous les trois dans la Direction générale.

Encore cette année, la direction des ressources humaines s'est concentrée sur le recrutement, principalement pour le Centre pour adolescents Ulluriaq à Montréal ; environ 60 employés, y compris des éducateurs, des infirmières et du personnel administratif, ont été embauchés. Étant donné leurs champs d'activité spécifiques, leur horaire de travail et le fait que le centre est situé au Sud, nous étions obligés d'adapter certaines aspects de nos procédures tels les services de la paie et les services des ressources humaines.

De plus, il y a eu certains changements au niveau du personnel à Kuujjuaq :

- l'agent financier a été promu au poste de chef des finances ;
- certains employés ont quitté la régie régionale et ont été remplacés : le commis aux comptes créditeurs, la secrétaire de direction des Services administratifs, une secrétaire de la Direction générale, le concierge, trois conseillers (du programme pour enfants, familles et jeunes, des affaires médicales et du programme des services communautaires et pour adultes), deux agents de planification (services communautaires et services pour enfants, familles et jeunes), la directrice de la planification et de la programmation, une agente de promotion de la santé ;
- deux membres sont partis en congé : la directrice des valeurs et pratiques inuites et la réceptionniste.

Étant donné ces facteurs ainsi que d'autres facteurs externes, cette année nous avons pu mettre à jour différentes politiques et procédures mais il reste encore du travail à ce niveau ; ces politiques et procédures demeurent prioritaires pour l'année à venir.

En 2011-2012, nous comptons réviser la procédure d'évaluation du personnel en collaboration avec la Direction régionale du développement des ressources humaines et avec l'équipe des ressources humaines de chacun des centres de santé.

Systèmes d'information

Le développement des systèmes d'information de la région s'est poursuivi durant l'année ; le projet pour la mise à niveau de l'infrastructure de télécommunication a été notre priorité dans ce secteur. La RRSSSN travaille en partenariat sur ce projet avec le MSSS, le CSPQ et l'ARK. L'initiative a été discutée maintes fois ces dernières années, et la région a enfin achevé la mise à niveau de l'infrastructure de télécommunication avec l'ARK-Tamaani le 31 mars 2011. Ceci devrait avoir des effets positifs sur les activités quotidiennes : le personnel clinique sera en mesure d'accéder aux informations sur la clientèle de façon sécuritaire, et l'efficacité des décisions prises par les cliniciens sera améliorée, peu importe la communauté d'origine des clients.

Le Bureau régional de gestion de projets, qui compte parmi ses membres des représentants des deux centres de santé et de la RRSSSN, a grandement contribué au processus décisionnel et au partage de l'information concernant le déploiement de la nouvelle infrastructure de télécommunication de l'ARK-Tamaani ainsi que d'autres développements importants reliés aux systèmes d'information régionaux et locaux.

Le plan directeur des ressources informationnelles du Nunavik fait l'objet d'une révision afin de refléter l'évolution des réalités régionales et locales. Le plan révisé sera connu sous le nom « Nunavik eHealth Plan » (Plan e-santé Nunavik). Ce nouveau plan couvrira les activités reliées

au développement de la télésanté ainsi que le plan de sécurité des ressources informationnelles. La sécurité des renseignements personnels demeure toujours une priorité de la RRSSSN et de l'ensemble du réseau de la santé du Nunavik. Notre but global est de maximiser l'appropriation des programmes et des allocations financières par les Inuits afin d'améliorer la qualité, l'accessibilité et le contrôle, d'améliorer la santé des Inuits et d'assurer que tous les programmes et services sont adaptés à la culture, bien coordonnés et intégrés.

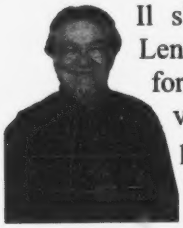
En partenariat avec le CvSSS (Centre virtuel des services de santé et services sociaux) du RUIS McGill, les Centres de santé Tulattavik de l'Ungava et Inuulitsivik ont conclu une entente pour l'acquisition d'un équipement de télésanté pour chaque CLSC du territoire. Ces nouveaux équipements seront installés au courant de l'été 2011 et permettra au personnel clinique d'avoir accès, 24 heures par jour, aux centres de santé de la région ainsi qu'aux services spécialisés au Sud.

Le Module du Nord Québécois (MNQ), situé à Montréal, a déployé la toute dernière version du système de gestion des clients *MNQgo*. Ce système permettra au personnel du MNQ de fournir des services de façon plus uniforme à la clientèle et de faciliter le suivi. Le système est également capable de produire des données statistiques précises.

Vous pouvez consulter le site internet de la RRSSSN pour des renseignements courants au www.rrsss17.gouv.qc.ca.

Direction régionale du développement des ressources humaines

Mot du directeur



Il s'agit de ma première année complète au sein de notre nouvelle direction. Lentement mais sûrement, nos activités ont pris forme dans les dossiers relatifs à la formation, au soutien pour les deux centres de santé afin de combler leur postes vacants au niveau du secteur de la protection de la jeunesse (personnel local et en provenance de l'externe) et aux visites aux écoles de l'ensemble du territoire pour y faire la promotion des carrières dans le domaine de la santé.

Je tiens personnellement à remercier mon équipe, pour l'excellence de leur travail et de leur très solide engagement ; sans leurs efforts, nos actions seraient en vain.

Nous sommes prêts à entamer l'an deux afin de poursuivre les dossiers en cours, d'organiser de nouvelles sessions de formation et de voir avec le MSSS à améliorer les conditions de travail de l'ensemble des personnes qui travaillent dans le secteur de la santé.

Jean-Pierre Charbonneau

Suite à la création de notre nouvelle direction en novembre 2009, nous avons connu l'ensemble d'un cycle d'une première année financière du 1er avril 2010 au 31 mars 2011.

Nous tenons à signaler que depuis juin 2010, une nouvelle personne s'est jointe à notre équipe, soit Monsieur Chesley Mesher, qui a succédé à Madame Mbsowo Andrews, à titre d'agent de personnel, dont les responsabilités principales sont de gérer l'ensemble des dossiers de formation financés par Santé Canada.

Principales activités en 2010-2011

Projet pilote du secteur de la protection de la jeunesse

Ce projet a occupé un grand espace en cette première année. En ce qui concerne notre direction, ce projet nous a sollicités en regard de ses deux axes suivants :

Recrutement pour le secteur de la protection de la jeunesse

Nous avions comme mandat de favoriser et de soutenir le recrutement d'agents de relations humaines, de personnel local et de personnel d'encadrement pour joindre l'une des deux équipes du secteur de la protection de la jeunesse au Nunavik.

Ainsi, après plusieurs mois de travail, nous constatons le succès de l'opération. Près de 95 % des postes qui étaient disponibles en début d'année ont été comblés. Nous avons conclu plusieurs ententes avec des centres jeunesse au Sud (prêts de services et congé sans solde) afin de nous permettre de compter sur des personnes compétentes et prêtes à s'investir au sein de notre région. Plus de 11 centres jeunesse ont participé activement au soutien de notre recrutement et ainsi nous ont permis de combler des postes de cadres et de professionnels.

D'autres solutions (annonces dans les journaux, dans le bulletin d'information hebdomadaire de l'Association des centres jeunesse, sur les sites Web de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal ainsi que ceux des universités au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick ; visites de salons d'emploi, dans les universités et des associations professionnelles) nous ont permis de recruter de façon plus efficace parce qu'elles nous permettaient de favoriser des contacts personnalisés et ainsi dénicher des personnes prêtes à travailler au Nord.

Du côté local, nous avons visité à 12 reprises les différentes communautés dans le but de rencontrer directement la population pour nous aider à cibler des candidats potentiels. Ces efforts ont porté fruit.

Données relatives au recrutement

Titre d'emploi	Hudson	Ungava
Aide social et travailleur communautaire	3	8
Cadre	0	3
Agent de relations humaines	7	15
Directeur de réadaptation		1

Initiatives de formation

La première initiative fut d'avoir mis sur pied un programme d'accueil de formation destiné aux personnes qui viennent travailler au Nord. Ce programme de formation de trois jours porte durant la première journée sur la culture inuite transmise par un Inuk. Les deux autres jours portent sur l'organisation des services, l'application de la *Loi sur la protection de la jeunesse* dans les régions nordiques, les stages d'intégration interculturelle et la préparation avant de monter au Nord. Plusieurs nouveaux employés du secteur de la protection de la jeunesse ont bénéficié de cette formation et nous verrons prochainement à la proposer et à l'adapter pour d'autres secteurs et pour d'autres titres d'emploi.

Comme deuxième initiative, dans le but de soutenir le personnel inuit travaillant dans le secteur de la protection de la jeunesse, la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik et le collège Marie-Victorin, appuyés financièrement par le réseau communautaire de santé et de services sociaux, une organisation fédérale, ont élaboré un programme de formation en intervention psycho-social. La formation accréditée par le ***ministère de l'Éducation***, du Loisir et du Sport est donnée au Nunavik dans les communautés. Les membres du personnel ont été consultés pour établir leurs besoins de formation. Le contenu de cette formation contribue à améliorer leur travail et les aide à mieux comprendre la réalité et les dynamiques des familles avec lesquelles ils ont à intervenir. La formation leur permet un lieu d'échange et de partage qui les aide à réduire leur stress.

Cette dernière année, 25 Inuits provenant des 14 communautés ont suivi des sessions de formation, soit plus de 15 sessions données sur le territoire.

Autres activités

Une autre activité s'est déroulée au cours de l'année. Monsieur Chesley Mesher et madame Louise Samoisette (agents de personnel) ont visité l'ensemble des écoles du territoire. Ils ont fait des présentations auprès des étudiants du secondaire ayant pour thème « Faites une carrière dans le secteur de la santé ». Pendant ces présentations, ils ont décrit l'ensemble des carrières disponibles, les conditions de travail et ce qu'il faut poursuivre comme études pour y arriver. Nous verrons à refaire la même expérience dans les prochaines années.

Notre équipe a également présenté différents projets de formation auprès de l'Administration régionale Kativik dans le but d'obtenir des subventions. À ce jour, les projets suivants ont été acceptés et d'autres projets restent à être confirmés:

- an deux de la formation dans le secteur de la protection de la jeunesse (179 192,00 $ en subventions) ;
- poursuite de la formation destinée aux cadres inuits via un programme livré par l'Université McGill (112 286,00 $ en subventions) ;
- parrainage à un poste de technicien en administration à la Direction générale (9 918,00 $ en subventions).

Monsieur Mesher a participé à de nombreux colloques et des réunions auprès d'organismes tels que Santé Canada, ***Inuit Tapiriit Kanatami*** (ITK) et le Comité national inuit en santé (***National Inuit Committee on Health*** (***NICoH***)) qui ont pour mandat de promouvoir les services de santé et les services sociaux chez les Premières Nations et les Inuits.

Dossiers rétention et attraction

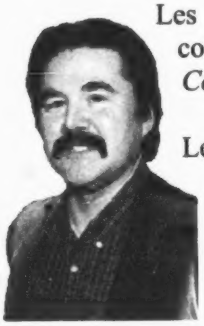
En lien avec les ententes de principes intervenues entre le Gouvernement du Québec et les centrales syndicales, la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik a eu pour mandat de préparer un dossier pour améliorer les conditions de travail au Nord, tant pour le personnel local que pour la main-d'œuvre en provenance du Sud. Les discussions sont entamées et nous espérons que d'ici la fin de l'année 2011, de nouvelles conditions de travail favorisant la rétention seront établies.

Du côté de l'attraction, nous sommes au début d'un processus pour explorer avec les deux centres de santé les possibilités de moderniser ou tout simplement rendre plus efficaces nos méthodes de recrutement (réseau sociaux, sites Web spécialisés, etc.).

Direction des services hors région

Mot du directeur

HISTORIQUE



Les services de santé assurés/non assurés (SANA) sont des services complémentaires fournis aux bénéficiaires reconnus dans le cadre de la *Convention de la Baie James et du Nord québécois* (*CBJNQ*).

Les bénéficiaires de la *CBJNQ* qui résident en dehors du Nunavik, peu importe la date à laquelle cette résidence a commencé, ne sont pas admissibles au programme SANA, exception faite pour les étudiants du secondaire et les stagiaires (parrainés par la Commission scolaire Kativik) qui retournent à leur communauté, les détenus et les patients qui voyagent en dehors du territoire pour recevoir des soins médicaux.

Les normes de référence utilisées pour établir les modalités d'accès aux SANA sont celles spécifiées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ou celles formulées par Santé Canada dans son programme de services de santé non assurés (SSNA). Les bénéficiaires du Nunavik sont admissibles aux SSNA qui sont aussi complets et accessibles que ceux offerts aux autres résidents autochtones du Québec ; la différence c'est que, pour le Nunavik, c'est la province qui en assume le coût.

Le programme SANA s'ajoute aux services offerts à toute la population du Québec dans le cadre des différents régimes de soins de santé et du régime d'assurance médicament gérés par le gouvernement du Québec. Ces services complémentaires correspondent à un nombre limité de biens et de services auparavant non fournis aux bénéficiaires de la *CBJNQ* par d'autres agences ou selon d'autres programmes au Québec.

Le 1er avril 2004, un fond spécifique fut créé à l'intérieur du budget de la RRSSSN afin de gérer les dépenses admissibles. Le budget de base pour financer le programme SANA s'établit en soustrayant certaines sommes qui étaient incluses dans la base budgétaire des deux établissements en question—le Centre de santé Inuulitsivik et le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava—avec des contributions du MSSS.

EVÉNEMENTS 2010-2011

Depuis ses débuts, le programme SANA était sous la responsabilité de la RRSSSN et géré par la Direction des services administratifs. Ces dernières années, les dépenses du programme ont

augmenté de façon exponentielle, en partie à cause de la hausse dans le taux de maladies chroniques et du manque de spécialistes dans le Nord. La création d'une direction mandatée à cette fin a donc été justifiée afin de soutenir la gestion quotidienne du programme et de permettre une évaluation des besoins des bénéficiaires en collaboration avec les centres de santé. L'an 2010-2011 est la première année financière complète dans laquelle la Direction des services hors région assume tous les aspects de gestion du programme SANA. Depuis le début de l'exercice, un nouvel agent formé localement est en place pour s'occuper des SSNA. Le bureau du programme SANA est maintenant à la RRSSSN à Kuujjuaq après avoir été basé d'abord à Puvirnituq et ensuite à Montréal.

La firme informatique qui a conçu le logiciel *BENEFIS*, que nous utilisons depuis 2003, a lancé une nouvelle version qui comprend de nouvelles propriétés technologiques majeures. Cette version a les avantages suivants : elle prolonge la durée de vie de notre application d'au moins sept ans, elle permet une validation plus poussée des politiques du programme et elle est plus facile à utiliser. Cette nouvelle version est actuellement installée et en fonction. La dernière option à implanter le sera en collaboration avec nos partenaires (le MNQ, les centres de santé et les CLSC). Ainsi, les infirmières de liaison seront en mesure de vérifier l'admissibilité d'un patient en se servant d'une application Web.

Notre direction a mis beaucoup d'importance sur la collaboration avec les corporations foncières afin d'assurer la mise à jour régulière de la liste des bénéficiaires. Nous avons également initié un partenariat avec le registraire des bénéficiaires de la Société Makivik pour assurer que le programme SSNA est bien compris et que les modalités techniques appliquées par les deux organismes sont pertinentes et à jour.

Nous sommes heureux d'annoncer qu'en février 2011, une nouvelle entente et une nouvelle entente cadre SSNA entre la RRSSSN et le MSSS furent signées et sont entrées en effet.

L'AVENIR

Cette année, un sous-comité du Comité régional de gestion des services aux patients (CRGSP) a travaillé fort pour mettre à jour la politique régionale sur le transport des usagers, l'entente de gestion du programme SSNA et le cadre de référence pour l'implantation de cette dernière. L'an prochain, nous attendons la conclusion d'ententes entre la RRSSSN et les centres de santé afin d'assurer que la gestion quotidienne du programme est efficace et en harmonie avec les politiques des deux centres.

Je continuerai, comme durant l'exercice qui vient de terminer, en tant qu'animateur des rencontres du CRGSP. Cette année, l'un des principaux sujets de discussion de ce comité a été la relocalisation temporaire des installations du MNQ au YMCA à Montréal.

Concernant d'autres comités, je sers aussi d'animateur du comité consultatif de l'Association des maisons des jeunes du Nunavik, lequel a contribué à l'amélioration des centres jeunesse en

autorisant une enquête technique de tous les centres jeunesse au Nunavik. Ce comité sera encore une de mes priorités dans l'année à venir.

Larry Watt

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES

SUMMARY FINANCIAL REPORT

MARCH 31, 2011

NUNAVIK REGIONAL BOARD
OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
SUMMARY FINANCIAL REPORT
MARCH 31, 2011

TABLE OF CONTENTS

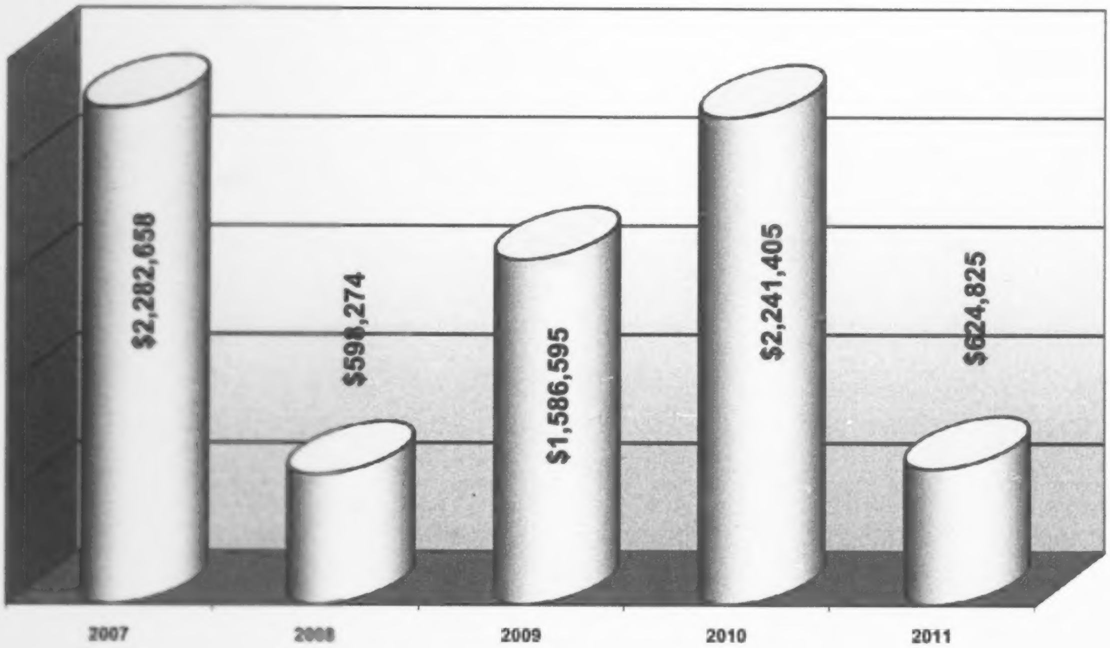
	Part
SYNOPSIS REVIEW	I
FINANCIAL STATEMENTS	
INUKTITUT	II
ENGLISH	III
FRENCH	IV

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
SYNOPSIS REVIEW
MARCH 31, 2011

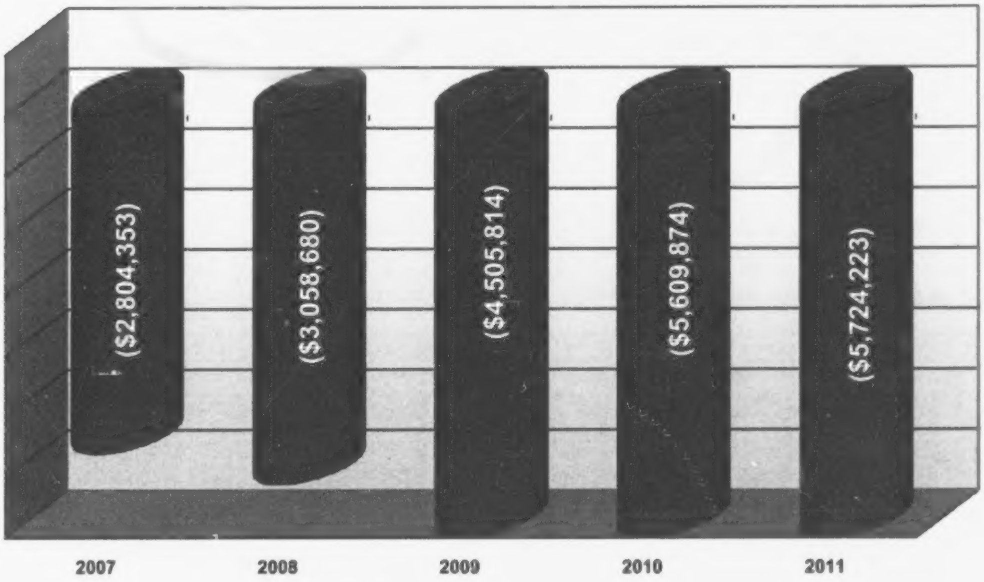
TABLE OF CONTENTS

	Page
COMBINED CASH POSITION	1
OPERATING FUND	
FUND BALANCE	2
SOURCES OF REVENUE FOR THE YEAR	2
ASSIGNED FUND	
FUND BALANCE	3
SOURCES OF REVENUE FOR THE YEAR	3

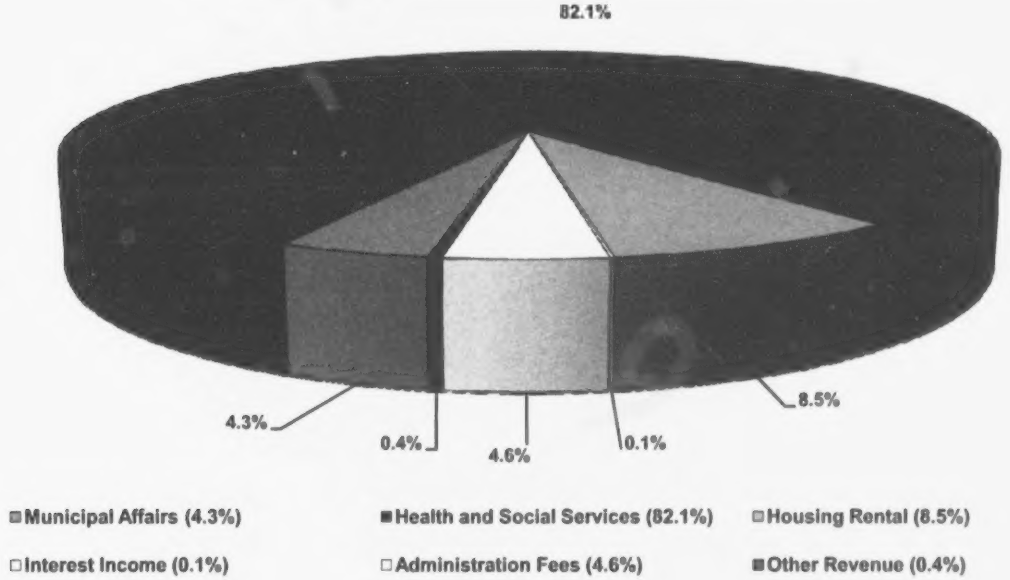
COMBINED CASH POSITION



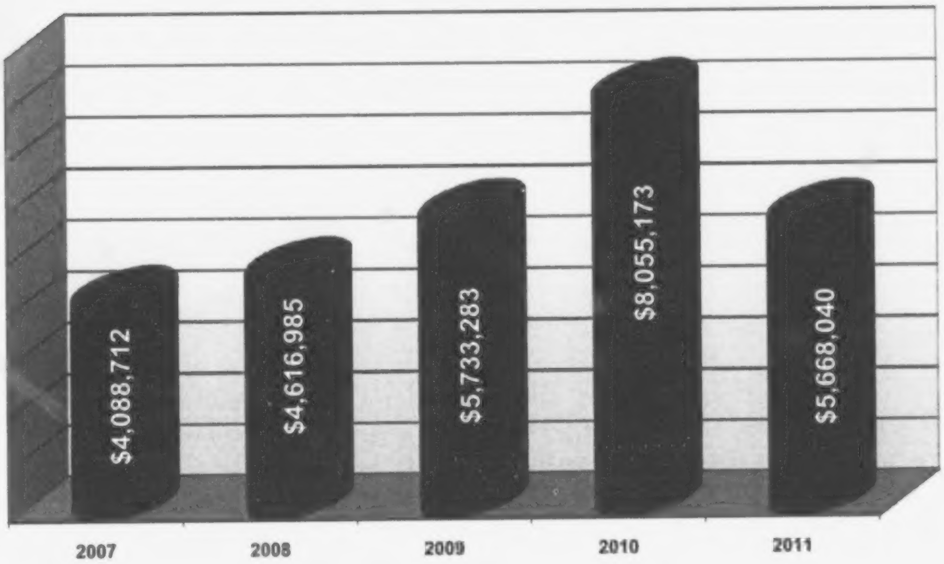
OPERATING FUND - FUND BALANCE



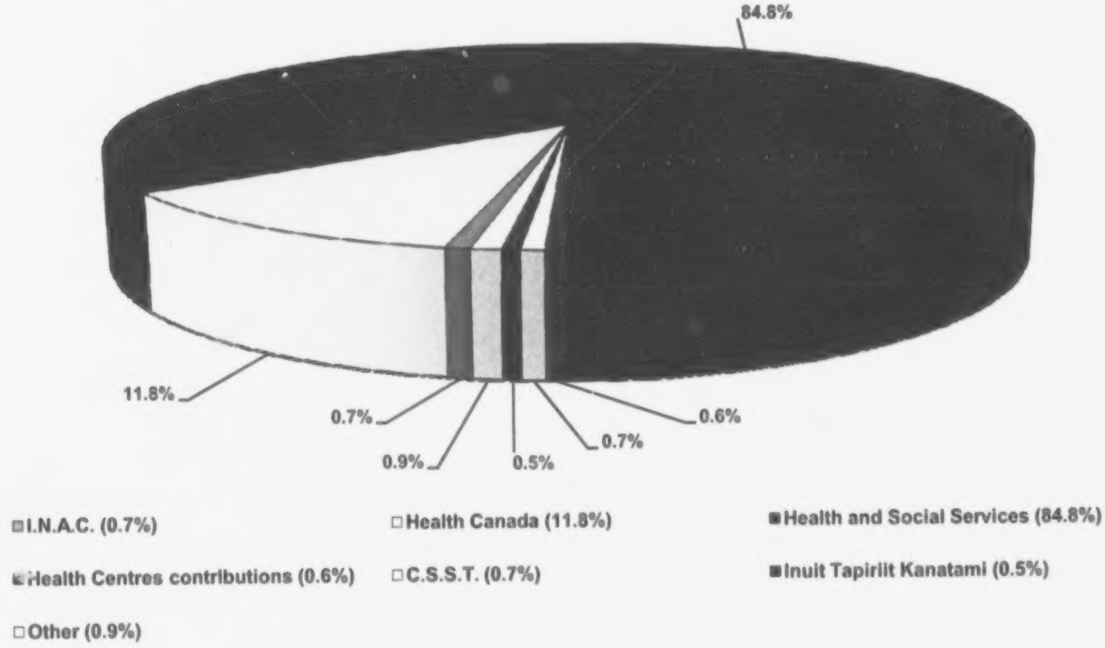
OPERATING FUND - SOURCES OF REVENUE FOR THE YEAR



ASSIGNED FUND - FUND BALANCE



ASSIGNED FUND - SOURCES OF REVENUE FOR THE YEAR



ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓄᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᔪᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ

ᑮᓇᐅᔭᓕᕆᔪᑏᑦ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᔪᑎᖏᑦ

ᒫᑦᔨ 31, 2011

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ
ᑮᓇᐅᔭᓕᕆᔪᑏᑦ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᔪᑎᖏᑦ
ᒫᑦᓯ 31, 2011

ᐃᓗᓕᖏᑦ

	ᒪᕐᐱᒐᖅ
ᑮᓇᐅᔦᑦ ᐃᖏᕐᕋᑎᑦᓯᔪᑏᑦ	
ᑲᑎᖕᓂᖓ	1
ᑲᑎᖕᓂᖏᑦᑕ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᔪᑎᖏᑦ	2
ᑮᓇᐅᔭᖁᑏᑦ ᑮᓇᐅᔭᕐᑐᕈᑏᓪᓗ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᔪᑎᖏᑦ	3
ᑮᓇᐅᔭᖁᑎᒻᒪᕇᑦ	
ᑲᑎᖕᓂᖓ	4
ᑲᑎᖕᓂᖏᑦᑕ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᔪᑎᖏᑦ	5
ᑮᓇᐅᔭᖁᑏᑦ ᑮᓇᐅᔭᕐᑐᕈᑏᓪᓗ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᔪᑎᖏᑦ	6
ᐊᑯᓅᕐᑐᒥ ᑮᓇᐅᔭᖃᕐᑎᓯᔪᑏᑦ ᐱᐅᒃᑯᑎᓄᑦ	
ᑲᑎᖕᓂᖓ	7
ᑲᑎᖕᓂᖏᑦᑕ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᔪᑎᖏᑦ	8
ᑮᓇᐅᔭᓕᕆᔪᑏᑦ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᔪᑎᖏᑦᑕ ᑐᑭᓯᓇᕈᑎᖏᑦ	11

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ
ᕿᓇᐅᔭᐃᑦ ᐊᐅᓚᒍᑏᑦ-ᑲᑎᓐᓂᖓ
ᒫᑦᓯ 31, 2011

	2011 $	2010 $
ᐱᐅᒃᑯᑎᑦ		
ᕿᓇᐅᔭᑐᐃᓐᓂᑦ	532,210	2,214,895
ᑐᓂᕐᕈᓯᐊᑦ ᐃᑎᕆᐊᓘᑦ (ᐊᑦᓚᓯᒪᔪᖅ 2 ᐊ))	2,772,894	1,304,300
	3,305,104	3,519,195
ᐊᑭᓕᕋᑦᓴᑦ		
ᐊᑭᓕᑦᓴᑦ ᐊᑭᓕᑦᓴᑖᖅᑐᓯᒪᔪᑦᓗ	3,138,908	1,098,327
ᐊᑯᓅᕐᑐᒥ ᐱᐅᓕᓂᐊᓚᕐᑲᕈᑎᓅᕆᐊᓘᑦ ᕿᓇᐅᔭᕐᑯᑎᓄᑦ (ᐊᑦᓚᓯᒪᔪᖅ 8)	131,425	132,368
ᑑᕋᓚᓕᐅᕆᕐᓯᒪᔪᓄᑦ ᐊᑐᕐᑐᓴᑦ (ᐊᑦᓚᓯᒪᔪᖅ 8)	5,758,994	7,665,051
ᓄᑦᑎᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᕿᓇᐅᔭᕐᑯᑏᑦ (ᐊᑦᓚᓯᒪᔪᖅ 4)	-	233,323
	9,029,327	9,129,069
ᕿᓇᐅᔭᕐᑯᑎᑦ ᑲᑎᓐᓂᖓ		
ᕿᓇᐅᔭᕐᑯᑏᑦ ᑲᑎᓐᓂᖓ	(5,724,223)	(5,609,874)
	(5,724,223)	(5,609,874)
	3,305,104	3,519,195

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᐴᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ
ᑮᓇᐅᔭᐃᑦ ᐊᐅᓚᒍᑏᑦ-ᑮᓇᐅᔭᐃᑦ ᑲᑎᓐᓂᖏᑦᑕ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᒍᑎᖏᑦ
ᐊᕐᕌᒍ ᐃᓱᓕᑦᑐᖅ ᒫᑦᓯ 31, 2011

	2011 $	2010 $
ᑮᓇᐅᔦᑦ-ᐊᕐᕌᒎᑉ - ᐱᒋᐊᕐᓂᖓᓂ	**(5,609,874)**	(4,505,814)
ᐋᕐᕿᒥᐊᖑᑏᑦ - ᐊᕐᕌᓂᑕᕐᓂᒃ		
- ᐃᓘᓐᓈᒍᑦ ᐋᕐᕿᒥᐊᖑᑏᑦ	**500,000**	-
- ᐃᓅᓕᑦᓯᕕᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒧᑦ ᐊᑭᓛᒍᑎᐅᒥᐊᓕᕖᑦ ᖁᔭᓈᕐᑕᐅᓂᖏᑦ	-	231,737
- ᑮᓇᐅᔭᖁᑎᓂᑦ ᑐᕋᒐᓕᓐᓂᑦ ᓄᑎᑕᐅᕙᑦ (ᐸᕐᓇᓯᒪᐅᑏᑦ)	-	(361,634)
ᑮᓇᐅᔭᕐᑐᓗᐊᕈᑎᐅᓯᒪᕙᖕ (ᕐᑳᖅᒥᐅᑎᒍᑏᑦ) ᑮᓇᐅᔭᖁᑎᓂᑦ - ᐃᖅᒥᖁᑎᑦᓯᒍᑎᑐᐃᓐᓄᑦ	**(614,349)**	(938,883)
ᑮᓇᐅᔭᕐᑐᓗᐊᕈᑎᐅᓯᒪᕙᖕ (ᕐᑳᖅᒥᐅᑎᒍᑏᑦ) ᑮᓇᐅᔭᖁᑎᓂᑦ - ᐱᐅᓯᕐᔫᑐᐅᖅᖅᒥᑐᑎᒍᑦ ᐱᓇᓯᐊᕐᑎᓯᒍᑏᑦ	-	(35,280)
ᑮᓇᐅᔭᖁᑏᑦ - ᐊᕐᕌᒎᑉ ᐃᓱᓕᓂᖓᓂ	**(5,724,223)**	(5,609,874)

ᒫᑦᓯ 31, 2011-ᒥ, ᑲᑎᒍᑎᖅᒥᑦ ᐃᒣᓕᖅᑲᕙᑦ:

	2011 $	2010 $
ᐃᖅᒥᖁᑎᑦᓯᒍᑎᑐᐃᓐᓄᑦ	**(5,751,088)**	(5,636,739)
ᐱᐅᓯᕐᔫᑎᐅᖅᖅᒥᑐᑎᒍᑦ ᐱᓇᓯᐊᕐᑎᓯᒍᑏᑦ		
- ᐊᑐᐃᓐᓇᕈᕐᑎᓂᖕ ᐱᓇᓯᒍᑎᓕᐅᕐᓂᓗ - ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑎᓂᒃ ᓄᕐᖃᑲᑎᑦᓯᒦᒃ	**26,865**	26,865
	(5,724,223)	(5,609,874)

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᑖᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ
ᑮᓇᐅᔭᐃᑦ ᐊᐅᓚᒍᑏᑦ
ᑮᓇᐅᔭᐃᑦ ᐃᑎᕐᑐᑦ ᐊᑐᕐᑕᐅᕙᓪᓗ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᒍᑎᖏᑦ
ᐊᕐᕌᒍ ᐃᓱᓕᑦᑐᖅ ᒫᑦᓯ 31, 2011

	2011 $	2010 $
ᑮᓇᐅᔭᖅᑯᑏᑦ		
ᖃᓄᐃᙱᓯᐊᕐᓂᓕᕆᓂᖅ ᐃᓅᓕᕆᓂᕐᓗ-ᐱᐅᓯᕐᒥᑎᒍᑦ		
ᐊᐅᓚᒍᑎᖏᑦ	**5,404,509**	4,507,335
ᑯᐯᒃᒥ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᓕᕇᑦ ᐊᓪᓚᖁᑎᖏᑦ	**20,798**	96,530
ᐃᓪᓗᓂᒃ ᐊᑦᑕᑐᕈᑏᑦ	**561,335**	578,239
ᓄᓇᓕᓕᒫᑎᒍᑦ ᐱᒍᑦᔭᐅᕕᒃ	**281,208**	267,572
ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᐊᑮᑦ	**301,467**	189,461
ᕿᑐᕐᖏᐊᑦ	**7,612**	7,357
ᐊᓯᖏᑦ ᑮᓇᐅᔪᑦ	**5,525**	156,887
	6,582,454	5,803,381
ᑮᓇᐅᔪᑦ ᓄᑦᑎᑕᐅᓯᒪᔪᑦ - ᐊᕐᕋᒨᑦ ᐱᒋᐊᕐᓂᖓᓂ	**233,323**	125,000
ᑮᓇᐅᔪᑦ ᓄᑦᑎᑕᐅᓯᒪᔪᑦ - ᐊᕐᕋᒨᑦ ᐃᓱᓕᓂᖓᓂ (ᐊᓪᓚᓯᒪᔪᖅ 4)	**-**	(233,323)
	233,323	(108,323)
	6,815,777	5,695,058
ᑮᓇᐅᔭᕐᑐᕈᑏᑦ (ᐃᓚᒋᐊᕈᑎᒃ 4)		
ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᐅᑏᑦ	**5,837,151**	5,001,410
ᓄᓇᓕᓐᓂ ᖃᓄᐃᙱᓯᐊᓂᓕᕇᑦ	**922,322**	1,047,024
ᐃᓪᓗᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᐊᑭᓕᕐᑐᐃᒍᑏᑦ	**670,653**	585,507
	7,430,126	6,633,941
ᑮᓇᐅᔭᕐᑐᓗᐊᕈᑎᐅᓯᒪᔪᖅ (ᖄᖏᕐᐅᑎᒍᑏᑦ) ᑮᓇᐅᔭᖅᑯᑎᓂᑦ	**(614,349)**	(938,883)

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᖅᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖕᒥᑦ
ᐊᑯᓃᖅᑐᒥ ᕿᓇᐅᔾᖃᖅᑎᓯᒍᑏᑦ ᐱᐅᒃᑯᑎᓄᑦ - ᕿᓇᐅᔭᓕᕆᒍᑏᑦ ᑲᑎᒍᑎᖕᒥᑦ
ᒫᑦᓯ 31, 2011

	2011	2010
	$	$
ᐱᐅᒃᑯᑏᑦ		
ᒫᓐᓇᐅᑎᓪᓗᒍ ᐱᐅᒃᑯᑏᑦ		
ᕿᓇᐅᔭᑐᐃᓐᓂᑦ	**92,615**	26,510
ᐃᖕᒥᖅᑫᑎᑦᓯᒍᑎᓂᑦ ᐱᔭᐅᒥᐊᓖᑦ (ᐊᓪᓚᓯᒪᔪᖅ 8)	**131,425**	132,368
ᑐᓂᖅᑭᓯᐊᑦ ᐃᑎᕐᓇᐊᓖᑦ (ᐊᓪᓚᓯᒪᔪᖅ 2 C))	**76,150,163**	68,679,344
	76,374,203	68,838,222
ᐱᐅᒃᑯᑎᒻᒪᕐᓃᑦ (ᐊᓪᓚᓯᒪᔪᖅ 3)	**17,108,960**	13,296,402
	93,483,163	82,134,624
ᐊᑭᓕᖃᖅᑕᑦ		
ᒫᓐᓇᐅᑎᓪᓗᒍ ᐊᑭᓕᕐᓇᐊᓖᑦ		
ᕿᓇᐅᔭᒃᑯᕕᒻᒥᑦ ᐊᑦᑕᑐᐊᑦ (ᐊᓪᓚᓯᒪᔪᖅ 5)	**8,151,572**	5,476,121
ᐊᑭᓕᑦᓴᑦ ᐊᑭᓕᑦᓴᑖᖅᑐᓯᒪᔪᓪᓗ	**33,332**	33,332
ᕿᓇᐅᔭᖅᑲᖅᑎᓯᓚᐅᖅᑐᕆᑏᑦ	**48,556,290**	43,045,341
ᓴᑑᑏᑦ ᐊᑭᓕᕐᓇᐊᓖᑦ ᒫᓐᓇᐅᑎᓪᓗᒍ ᐅᓄᖅᓂᖅᒥᑦ	**1,542,534**	2,151,654
	58,283,728	50,706,448
ᓴᑑᑏᑦ ᐊᑭᓕᕐᓇᐊᓖᑦ	**18,090,475**	18,131,774
	76,374,203	68,838,222
ᕿᓇᐅᔭᖅᑯᑏᑦ ᑲᑎᓐᓂᖓ		
ᕿᓇᐅᔭᖅᑯᑏᑦ ᑲᑎᓐᓂᖓ	**17,108,960**	13,296,402
	17,108,960	13,296,402
	93,483,163	82,134,624

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔩᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔩᖏᑦ
ᑮᓇᐅᔭᖁᑎᒻᒪᓈᑦ-ᑲᑎᖕᓂᖏᑦᑕ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᒍᑎᖏᑦ
ᐊᕐᖂᒍ ᐃᓱᓕᑦᑐᖅ ᒫᑦᓯ 31, 2011

	2011 $	2010 $
ᑮᓇᐅᔭᖁᑏᑦ - ᐊᕐᖂᒎᑦ ᐱᒋᐊᕐᓂᖓᓂ	**13,296,402**	12,953,537
ᐱᐅᒃᑯᑎᒻᒪᓈᑦ ᓂᐅᕕᐊᖕᒍᓯᒪᔪᑦ ᐊᐅᓚᒍᑎᑎᒍᑦ	**387,267**	40,571
ᐱᐅᒃᑯᑎᒻᒪᓈᑦ ᓂᐅᕕᐊᖕᒍᓯᒪᔪᑦ ᑐᖂᓚᓕᐅᕐᓯᒪᔪᑎᒍᑦ	**-**	110,692
ᐱᐅᒃᑯᑎᒻᒪᓈᑦ ᓂᐅᕕᐊᖕᒍᓯᒪᔪᑦ ᑮᓇᐅᔭᖁᑎᑎᒍᑦ ᑐᖂᓚᓕᐅᕐᓯᒪᔪᑎᒍᑦ	**3,425,291**	191,602
ᑮᓇᐅᔪᑦ ᑲᑎᖕᓂᖓ - ᐊᕐᖂᒎᑦ ᐃᓱᓕᓂᖓᓂ	**17,108,960**	13,296,402

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ
ᐊᑯᓃᕐᑐᒥ ᕿᓇᐅᔭᖅᑲᕐᑎᓯᒍᑏᑦ ᐱᐅᒃᑯᑎᓄᑦ
ᕿᓇᐅᔭᕐᑯᑏᑦ ᕿᓇᐅᔭᕐᑐᕈᑏᑦᓗ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᒍᑎᖏᑦ
ᐊᕐᕿᒍ ᐃᓱᓕᑦᑐᖅ ᒫᑦᔾ 31, 2011

	2011 $	2010 $
ᕿᓇᐅᔭᕐᑯᑏᑦ		
ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᓂᓕᕆᓂᖅ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᓗ	**848,124**	334,970
ᑯᐯᒃᑯᑦ ᕿᓇᐅᔭᖅᑲᕐᑎᓯᒍᑎᖏᑦ	**11,101,296**	8,217,212
	11,949,420	8,552,182
ᕿᓇᐅᔭᕐᑐᕈᑏᑦ		
ᕐᑭᑐᕐᖏᒥᐊᖏᑦ	**1,311,370**	1,119,945
ᖃᕆᑕᐅᔪᑦ ᐊᓪᓚᕕᒻᒥᓗ ᐱᓇᓯᒍᑏᑦ	-	2,635
ᐃᓪᓗᐃᑦ ᐱᐅᓕᓂᐊᕈᖅᑲᕈᑎᖏᑦ	-	13,890
ᐃᓪᓗᕐᑯᑏᑦ	**1,080,394**	125,124
ᐊᓪᓚᕕᒃ	**2,320,323**	86,837
ᐱᓪᓗᑯᒥᐊᓕᑦᑎᒍᑦ ᐱᐅᓕᓂᐊᕐᑦ	**23,631**	4,290
ᐃᖏᕐᕋᐅᑏᑦ	**943**	-
ᐃᖅᑲᓕᑦᓯᕕᒃ - ᐱᓇᓲᑏᑦ	**1,215,923**	800,165
ᐃᖅᑲᓕᑦᓯᕕᒃ - ᐃᑯᐊᓪᓚᑌᓕᒪᒍᑏᑦ	-	92,356
ᐃᖅᑲᓕᑦᓯᕕᒃ - ᓯᕐᑯᒥᓯᒪᔪᕐᓂᐊᑎᖅᑲᕐᓂᓘᑦ	**2,893,097**	3,028,329
ᑐᓕᑦᑐᕕᒃ - ᐊᑯᓂ ᐋᓂᐊᕕᒻᒦᑐᑦ ᐱᒍᑦᔭᐅᒍᑎᖏᑦ	-	99,503
ᑐᓕᑦᑕᕕᒃ - ᐱᓇᓲᑏᑦ	**716,721**	696,268
ᑐᓕᑦᑕᕕᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᒃ - ᐱᐅᓕᓂᐊᕐᑦ	-	144,786
ᑐᓕᑦᑕᕕᒃ - ᓯᕐᑯᒥᓯᒪᔪᕐᓂᐊᑎᖅᑲᕐᓂᓘᑦ	**2,387,018**	2,338,054
	11,949,420	8,552,182
ᕿᓇᐅᔭᕐᑐᓗᐊᕈᑎᐅᓯᒪᔪᑦ (ᖃᖏᐅᑎᒍᑏᑦ) ᕿᓇᐅᔭᕐᑯᑎᓂᑦ	-	-

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ
ᑐᕌᓚᐅᕐᓯᒪᔪᑦ ᕿᓇᐅᔭᐃᑦ - ᕿᓇᐅᔭᓕᕆᒍᑏᑦ ᑲᑎᒍᑎᖏᑦ
ᒫᑦᓯ 31, 2011

	2011 $	2010 $
ᐱᐅᒃᑯᑏᑦ		
ᐃᖏᕐᕿᑎᑦᓯᒍᑎᓂᑦ ᐱᔭᐅᒥᐊᓖᑦ (ᐊᓪᓚᓯᒪᔪᖅ 8)	**5,758,994**	7,665,051
ᑐᓂᕐᕈᓯᐊᑦ ᐃᑎᓇᐊᓖᑦ (ᐊᓪᓚᓯᒪᔪᖅ 2 ᐸ))	**57,413,560**	46,034,031
	63,172,554	**53,699,082**
ᐊᑭᓕᕿᑦᓴᑦ		
ᐊᑭᓕᑦᓴᑦ ᐊᑭᓕᑦᓵᖑᓯᒪᔪᓪᓗ	**57,504,514**	45,643,909
	57,504,514	45,643,909
ᕿᓇᐅᔭᕐᑯᑏᑦ ᑲᑎᓐᓂᖓ		
ᕿᓇᐅᔭᕐᑯᑏᑦ ᑲᑎᓐᓂᖓ	**5,668,040**	8,055,173
	5,668,040	8,055,173
	63,172,554	53,699,082

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ
ᕿᓇᐅᔭᐃᑦ ᑐᕋᓚᓕᐅᕐᓯᒪᔪᑦ - ᐅᐊᕈᑎᕆᑦᓯᑎᒃ ᑲᑎᖓᓂᖏᑦᑕ ᐊᖓᓚᑕᐅᓯᒪᒍᑎᖏᑦ
ᐊᕐᕋᒍ ᐃᓯᓕᑦᑐᖅ ᒫᑦᓯ 31, 2011

	ᒪᑉᐱᒐ	ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᔪᑦ ᑭᑎᑦᔪᑎᖓ	ᕿᓇᐅᓯᑦ ᑲᑎᖅᓯᓂᖓ ᐊᕐᕋᒎᑦ ᐱᒋᐊᓂᖓᓂ $	ᕿᓇᐅᓯᑦ $	ᕿᓇᐅᔭᑦᑐᕈᑏᑦ $	ᐋᕐᕿᒋᐊᓇᒎᑏᑦ ᐊᕐᕋᓂᑕᕐᓂᒃ $	ᕿᓇᐅᔭᐃᑦ ᑲᑎᖅᓯᓂᖓ ᐊᕐᕋᒎᑦ ᐃᓯᓕᓂᖓᓂ $
ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᓇᒎᑏᑦ							
ᑯᐯᒃᑯᑦ ᑲᕙᒪᖓᑕ ᕿᓇᐅᔭᒃᑲᑎᓯᒍᑎᖏᑦ							
ᐃᓪᓗᓕᐅᕐᓂᖅ	13	701	(77,186)	-	-	-	(77,186)
ᑕᕐᕋᑐᐃᒎᑏᑦ ᑕᓚᐲᓴᑎᒎᑦᑐᑦ	14	702	(49,052)	-	-	-	(49,052)
ᐱᓪᓗᒋᐊᓕᓕᓇᒍᑎᓂᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᒍᑎᑦ	15	759	29,291	-	-	-	29,291
ᐅᐃᒪᓇᕐᑐᓕᓇᒎᑏᑦ	16	998	116,907	819,404	853,197	-	83,114
ᖃᓇᑕᐅᔭᕈᑎᓂᓕᒃ ᐱᑦᓕᑎᑦᓯᒥᐊᕈᑏᑦ	17	8860	-	500,000	140,065	-	359,935
ᐊᓯᖏᑦ ᕿᓇᐅᔭᒃᑲᑎᑕᐅᒎᑏᑦ							
ᖃᓂᒪᐅᓂᖅ	18	8001	(34,151)	-	-	-	(34,151)
ᐱᓪᓗᒋᐊᓕᓕᓇᐱᒃ	19	8840	-	275,328	275,328	-	-
ᓄᓇᓕᓕᒪᑎᒍᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᓇᒍᑎᑦ	20	8891-92	-	318,684	165,050	-	153,634
			(14,191)	1,913,416	1,433,640	-	465,585
ᐱᓇᓱᑦᑐᓕᓇᐱᒃ							
ᑯᐯᒃᑯᑦ ᑲᕙᒪᖓᑕ ᕿᓇᐅᔭᒃᑲᑎᓯᒍᑎᖏᑦ							
ᐃᓄᐃᑦ ᐅᖃᐅᓯᖓᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᒨᓕᕐᒪᕝᕕᓂᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑕᐅᒍᑎᖏᑦ	21	8022	-	107,289	-	-	107,289
ᑲᕙᒪᑐᖅᑯᑦ ᕿᓇᐅᔭᒃᑲᑎᓯᒍᑎᖏᑦ							
ᓄᓇᖅᑲᖅᑳᓯᒪᕝᕕᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᓇᓱᐊᕐᑎᓯᒍᑎᖏᑦ	22	811	382,372	177,086	187,534	-	371,924
ᐊᓯᖏᑦ ᕿᓇᐅᔭᒃᑲᑎᑕᐅᒎᑏᑦ							
ᐱᓇᓱᑦᑏᑦ ᐱᒋᐅᕐᓴᔭᐅᓂᖏᑦ ᐅᕕᒐᕐᑐᓂᒃ ᓴᐳᓐᒥᔩᑦ	23	818	315,759	68,532	393,209	-	(8,918)
			698,131	352,907	580,743	-	470,295
ᐃᓄᐃᑦ ᐱᓕᒪᓇᐅᕝᑯᑎᖏᑦ							
ᑯᐯᒃᑯᑦ ᑲᕙᒪᖓᑕ ᕿᓇᐅᔭᒃᑲᑎᓯᒍᑎᖏᑦ							
ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᓇᔩᑦ ᐱᒋᐅᕐᓴᔭᐅᓂᖓ	24	610	4,975	-	5,391	-	(416)
ᐃᕐᓂᓯᑦᑎᓯᔨᒃᑲᕈᑏᑦ	25	901	23,506	-	11,308	-	12,198
ᓄᓇᓕᓕᒫᑎᒍᑦ ᐃᕐᓂᓯᑦᑎᓯᔩᑦ	26	8016	84,000	-	-	-	84,000
ᑲᕙᒪᑐᖅᑯᑦ ᕿᓇᐅᔭᒃᑲᑎᓯᒍᑎᖏᑦ			-				-
ᓯᑐᓂᑦᓴᓯᐊᖕᒍᓂᕐᓴᒍᑦ ᑐᕋᕐᓂᖅ	27	699	26,748	1,127,145	1,084,795	1,091	70,189
ᐃᓕᓐᓂᐊᓇᐊᕐᑎᑕᐅᖃᑦᑕᓯᒪᔪᑦ ᐊᓪᓗᑦ	28	819	-	282,656	123,185	-	159,471
ᐊᓯᖏᑦ ᕿᓇᐅᔭᒃᑲᑎᑕᐅᒎᑏᑦ							
ᓄᓇᓕᑐᖅᑲᓴᑦ ᒪᒥᓴᕐᓂᒧᑦ ᑐᖕᖓᕕᖅᑲᕕᖓᑦ	29	800	-	18,077	32,586	-	(14,509)
ᐃᓄᐃᑦ ᑕᐱᓈᑦ ᑲᓇᑕᒥ - ᓄᓇᓕᓕᒪᑎᒍᑦ ᐱᓂᐊᕐᓂᕆᐅᑎᖏᑦ	30	804	106,710	175,000	199,027	-	82,683
ᐃᓕᓂᐊᓇᐊᕐᑎᑕᐅᖃᑦᑕᓯᒪᔪᑦ ᐊᓪᓚᕈᑎᖏᑦ	31	808	32,554	(32,554)	-	-	-
ᐱᔭᓈᕈᓯᕐᓂᖅ ᐃᓅᓕᓇᓂᕐᒥᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒧᑦ	32	814	(500)	-	-	-	(500)
ᒪᑭᐊᓪ ᐃᓕᓐᓂᐊᕝᕙᐊᖕᒪᑕ ᐃᓅᓕᓇᕆᐅᓂᕐᒥᒃ ᐱᓇᓱᐊᕐᑎᓯᒍᑎᖏ	33	815	38,073	-	-	-	38,073
			316,066	1,570,324	1,456,292	1,091	431,189
ᓄᓇᕕᐅᑉ ᓯᓚᑖᓂ ᐱᒍᑦᔨᒍᑏᑦ							
ᑯᐯᒃᑯᑦ ᑲᕙᒪᖓᑕ ᕿᓇᐅᔭᒃᑲᑎᓯᒍᑎᖏᑦ							
ᐃᓪᓚᕐᑲᐅᑎᓃᑦ ᐃᓪᓚᕐᑲᐅᑎᖅᑲᖕᖏᑐᓐᓄ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᑎᒍᑦ ᐱᕙᓪᓕᕈᑎᐅᔪᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖏᑦ	34	938	-	30,860,891	30,860,891	-	-
ᐃᓪᓚᕐᑲᐅᑎᓃᑦ ᐃᓪᓚᕐᑲᐅᑎᖅᑲᖕᖏᑐᓐᓄ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᑎᒍᑦ ᐱᕙᓪᓕᕈᑎᐅᔪᑦ ᑲᒪᒋᔭᐅᓂᖏᑦ	35	939	84,533	321,796	355,398	-	50,931
			84,533	31,182,687	31,216,289	-	50,931

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ
ᑮᓇᐅᔭᐃᑦ ᑐᕋᒐᓕᐅᕐᓯᒪᔪᑦ - ᐅᐊᕈᑎᒋᑦᓯᑎᒃ ᑲᑎᖓᓂᖏᑦᑕ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᒍᑎᖏᑦ
ᐊᕐᕋᒍ ᐃᓯᓕᑦᑐᖅ ᒪᑦᓯ 31, 2011

	ᒪᑉᐱᒐᖅ	ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᔪᑦ ᑭᑎᑦᑐᑎᖓ	ᑮᓇᐅᔭᐃᑦ ᑲᑎᖓᓂᖓ ᐊᕐᕋᒍᑦ ᐱᒋᐊᕐᓂᖓᓂ $	ᑮᓇᐅᔭᐃᑦ $	ᑮᓇᐅᔭᑦᑐᕈᑎᑦ $	ᐊᔾᔨᕆᐊᓇᒍᑎᑦ ᐊᖏᓂᕐᑕᓂᒃ $	ᑮᓇᐅᔭᐃᑦ ᑲᑎᖓᓂᖓ ᐊᕐᕋᒍᑦ ᐃᓯᓐᓂᖓᓂ $
ᐃᓄᓕᒫᓂᒃ ᖃᓄᐃᖅᑭᓯᐊᕐᓂᓕᕆᓂᖅ							
ᑯᐯᒃᑯᑦ ᑲᕙᒪᖓᑦᑕ ᑮᓇᐅᔭᖃᖅᑎᑦᓯᒍᑎᖏᑦ							
ᑐᑭᑯᑦ ᓱᒃᑯᓇᕐᓂᖓᓄᑦ ᐱᓇᓱᐊᕈᑎᑦ	36	913	(3,070)	-	-	-	(3,070)
ᓂᕿᓂᒃ ᐊᑦᑕᕐᑎᓯᑦᑌᓕᓂᕐᒧᑦ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᔪᑦ	37	915	12,064	-	-	-	12,064
ᐊᒪᒪᒃᑯᑦ ᐊᖅᑭᑕᐅᖅᖃᔭᖅᖅᕆᑐᖃᕐᓂᕆᒃ ᑲᒪᒍᑎᑦ	38	916	(1,178)	-	-	-	(1,178)
ᑯᐯᒃᒥ ᑐᑭᑯᖅᖃᔪᕐᑎᓯᒪᓯᐊᕈᑎᑦ	39	926	-	58,322	40,596	-	17,726
ᓴᐅᓂᓕᕆᓂᖅ ᓄᑭᓕᕆᓂᖅ	40	931	298,081	-	87,116	-	210,965
ᐊᓴᐱ ᓄᓕᐊᕐᓂᑯᓪᓗ ᐊᓐᓂᐊᑖᕆᔭᐅᒍᓐᓇᑐᑦ	41	956	(51,847)	161,370	77,690	-	31,833
ᑎᖅᑰᓪᓗᓇᖅ	42	959	7,535	1,800	-	-	9,335
ᖃᓂᒪᖏᓖᓐᓇᓲᑦ	43	960	1,880	-	-	-	1,880
ᖃᐅᔨᓴᕈᑎᑦ ᐋᓐᓂᐊᑖᕆᔭᐅᓲᓂᒃ ᐊᐅᑦᑎᒍᑦ	44	968	(22,921)	46,285	4,795	-	18,569
ᐊᒪᒪᑦᑎᓯᓂᕐᒥᒃ ᑫᓪᓚᑐᐃᒍᑎᑦ	45	8004	410	-	-	-	410
ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐊᓂᖅᑯᐅᔫᖅ ᐊᓂᕐᓂᓴᖃᑦᓯᐊᕈᑎᖏᑦ	46	8017	13,410	-	-	-	13,410
ᐊᐅᓚᑦᓯᔾᔪᑎᑦ ᐊᑭᖏᑦ	47	8019	-	14,000	-	-	14,000
							-
ᑲᕙᒪᑐᖃᒃᑯᑦ ᑮᓇᐅᔭᖃᖅᑎᑦᓯᒍᑎᖏᑦ							-
ᐃᓗᓯᓕᕆᔩᑦ ᖃᐅᔨᒥᐊᕐᐱᖏᑦ	48	600	(12,500)	-	-	(37,500)	(50,000)
ᓂᕿᑦᓯᐊᓂᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᒍᑎᑦ	49	614	12,354	108,963	108,928	-	12,389
ᑲᕙᒪᑐᖃᒃᑯᓂ ᑐᑭᓕᕆᓂᖅ	50	631	(33,066)	-	-	-	(33,066)
ᓄᓇᕕᒻᒥ ᑐᓴᐅᒪᔭᐅᑎᑦᓯᓂᖅ	51	632	9,886	15,065	14,883	-	10,068
ᐱᐊᕋᑦᓴᐅᓯᑎᒃ ᐃᒥᐊᓗᒍᑕᐅᓕᓃᑦ	52	634	231,060	270,702	310,049	-	191,713
ᐊᐅᒃᑯᑦ ᐱᑕᑦᓴᖃᓗᐊᕐᓂᖅ	53	693	32,434	557,148	520,352	24,900	94,130
ᓂᕿᓕᕆᔾᔪᑎᑦ	54	696	132,729	163,467	296,174	-	22
ᓄᓇᖃᖅᖃᑦᓯᒪᔪᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᓐᓂ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᖓ ᐅᐃᕆᒪᓂᕐᓘᑎᐅᔾᔪᓐᓇᑐᓂᓪᓗ	55	809	275,409	-	178,074	-	97,335
ᑲᓇᑕᐅᑦ ᑕᕐᕋᖓᓂ ᓂᕿᑦᓯᐊᓕᕆᔾᔪᑏᑦ	56	820	-	245,250	230,596	-	14,654
ᐊᓯᖏᑦ ᑮᓇᐅᔭᖃᖅᑎᑕᐅᔾᔪᑏᑦ							
ᐋᓐᓂᐊᖁᑎᓕᒫᓂᒃ ᐊᑦᑕᕐᑐᕐᒥᑦᑌᓕᓂᕐᓗ	57	611	224,415	318,622	394,556	-	148,481
ᑮᓗᑯᐯᒃ	58	612	40,745	52,192	6,000	-	86,937
ᐋᓐᓂᐅᑎᓕᒪᑎᑦᓯᓂᕐᒥᒃ ᖃᐅᔨᓴᕈᑎᑦ	59	655	4,915	-	-	-	4,915
ᑳᑎ ᐱᔫᑦᑐᓂᕐᑰᓂᑦ ᑖᓕᒪᓂ ᐃᓕᓐᓂᐊᑐᓄᑦ	60	660	148,231	-	73,830	-	74,401
ᐅᑭᐅᕐᑕᑐᒥ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᔪᑦ	61	668	26,109	-	-	-	26,109
ᓱᒃᑯᓇᕐᑐᓂᒃ ᖃᐅᔨᓴᕈᑎᑦ	62	690	(73,561)	-	-	-	(73,561)
ᑭᒍᑎᓕᕆᔪᐅᓂᖏᑦ ᐳᑭᓂᕐᓴᒥ ᐃᓕᓐᓂᐊᑐᑦ	63	803	11,305	-	-	-	11,305
ᐋᓚᓂᐊᕆᐅᕐᓴᓂᖅ - "ᖃᓄᖅ ᓄᖅᑲᓂᕐᒪᖕᒫᒪᒻ"	64	805	43,010	-	-	-	43,010
ᓄᓇᖃᖅᖃᑦᓯᒪᔪᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᓇᐅᑦᓯᑐᕐᑎᖓᑦ ᑲᓇᑕᓕᒫᒥ ᐃᓅᓕᕐᓂᖅ ᓱᕘᕈᓯᔭᓚᐅᕐᓯᒪᒪᓂ ᐊᒻᒪᓗ ᑐᖅᑯᐃᕐᑕᒥᒃ ᐃᑯᒪᓕᖕᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᕈᑎᑦ	65	807	84,521	75	84,082	-	514
ᐃᑯᒪᓕᖕᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᕈᑏᑦ	66	816	557	55,844	56,095	-	306
			1,412,917	2,069,105	2,483,816	(12,600)	985,606

ᐊᑐᐃᓐᓇᕈᕐᑎᓂᖅ ᐱᓇᓱᒍᑎᓕᐅᕐᓂᓗ

	ᒪᑉᐱᒐᖅ	ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᔪᑦ ᑭᑎᑦᑐᑎᖓ	ᑮᓇᐅᔭᐃᑦ ᑲᑎᖓᓂᖓ ᐊᕐᕋᒍᑦ ᐱᒋᐊᕐᓂᖓᓂ $	ᑮᓇᐅᔭᐃᑦ $	ᑮᓇᐅᔭᑦᑐᕈᑎᑦ $	ᐊᔾᔨᕆᐊᓇᒍᑎᑦ ᐊᖏᓂᕐᑕᓂᒃ $	ᑮᓇᐅᔭᐃᑦ ᑲᑎᖓᓂᖓ ᐊᕐᕋᒍᑦ ᐃᓯᓐᓂᖓᓂ $
ᑯᐯᒃᑯᑦ ᑲᕙᒪᖓᑦᑕ ᑮᓇᐅᔭᖃᖅᑎᑦᓯᒍᑎᖏᑦ							
ᐊᐅᓚᑦᓯᔩᑦ ᐱᒥᐅᕐᓴᔪᒍᑎᖏᑦ	67	640	12,233	-	11,803	-	430
ᐋᓐᓂᓯᐅᕆᒥᐅᕐᓴᕈᑎᑦ - ᐱᕐᑯᔮᓕᖕᒪᔪᓂᒃ	68	790	408,284	45,729	432,939	-	21,074
ᐊᕐᓄᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᔪᐅᓂᖏᓐᓄᑦ ᐱᓇᓱᐊᕈᑏᑦ	69	791	242,495	-	76,176	-	166,319
ᐃᓕᓐᓂᐊᑏᑦ ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑦᓯᒍᑏᓐᓗ	70	920-921-923	426,680	800,260	683,064	-	543,876
ᓯᓚᑕᓂ ᐊᓂᖅᑯᐅᔫᑦ	71	922	(427,078)	-	18,803	-	(445,881)
ᓄᓇᓕᓕᒫᑎᒍᑦ ᐱᓗᑲᑦᑎᓯᑦᑌᓕᓂᕐᒧᑦ ᑲᑎᖅᖅᒪᔩᑦ	72	932	-	65,000	-	-	65,000
ᐊᖅᑭᑕᐅᒍᓐᓇᖏᑦᑐᑦ	73	962	40,250	-	-	-	40,250
ᐃᓯᒪᒥᒍᑦ ᑎᒥᒥᒍᓪᓗ ᐃᓗᓯᕐᔫᑎᓖᑦ	74	967	17,702	-	17,702	-	-
ᐃᓯᒪᒥᒍᑦ ᐃᓗᓯᕐᔫᑎᓖᑦ - ᐃᓚᒥᑦ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᒍᑎᖏᑦ	75	971	47,626	-	47,626	-	-

ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᑖᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ
ᑮᓇᐅᔭᐃᑦ ᑐᕌᓚᓕᐅᕐᓯᒪᔪᑦ - ᐅᐊᕈᑎᒌᑦᓯᑎᑉ ᑲᑎᖓᓂᖏᑦᑕ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᒍᑎᖏᑦ
ᐊᕐᕌᒍ ᐃᓱᓕᑦᑐᖅ ᒫᑦᔾ 31, 2011

	ᒪᑦᐱᒐᖅ	ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᔪᑦ ᑭᑎᑦᔪᑎᖓ	ᑮᓇᐅᔭᐃᑦ ᑲᑎᖓᓂᖓ ᐊᕐᕌᒎᑦ ᐱᒋᐊᕐᓂᖓᓂ $	ᑮᓇᐅᔭᐃᑦ $	ᑮᓇᐅᔭᕐᑐᕈᑏᑦ $	ᐋᕐᑭᒋᐊᓇᒍᑏᑦ ᐊᕐᕋᓂᑖᕐᓂᖅ $	ᑮᓇᐅᔭᐃᑦ ᑲᑎᖓᓂᖓ ᐊᕐᕌᒎᑦ ᐃᓱᓕᓂᖓᓂ $
ᐊᑐᐃᓐᓇᕈᕐᑎᓂᖅ ᐱᓇᓱᒍᑎᓕᐅᕐᓂᓗ (ᑲᔪᓯᔪᖅ)							
ᐅᕙᒻᒧᑦ ᖁᑦᑐᕐᒥᐅᑐᑦ	76	972	25,096	-	35,121	-	(10,025)
ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑎᐅᕆᐅᕐᓴᔪᑦ - ᐃᑲᔪᕐᑎᐅᓂᖅ	77	977	48,780	-	5,844	-	42,936
ᐃᓯᒪᓕᕆᓂᖅ - ᑳᐱᐊᓇᕐᓯᔪᒃᑲᑦ ᐃᑲᔪᕐᑎᐅᕆᐅᕐᓴᓂᖅ	78	8005	54,086	-	53,392	-	694
ᐃᓕᓐᓂᐊᕐᑎᓯᑦᑎᓕᒪᓂᖅ	79	8006	153,032	159,213	9,042	-	303,203
ᐊᕐᓃᑦ ᐱᓗᑲᑦᑕᐅᒃᑲᑦᑕᓂᖏᑦ	80	8007	185,332	102,913	64,850	-	223,395
ᓄᓇᓕᓐᓂ ᑎᒥᐅᔪᑦ - ᐱᕆᐅᕐᓴᑎᑦᓯᓂᖅ	81	8008	230,568	-	-	-	230,568
ᐃᒪᓕᕆᓂᖅ - ᓴᐳᒻᒥᒍᑏᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑦᑕᐅᒍᑎᓂᒃ	82	8009	274,704	-	-	-	274,704
ᐃᓕᓐᓂᐊᕐᑎᓯᑦᑎᓂᖅ - ᓄᓇᓕᓕᒪᑎᒍᑦ ᐸᕐᓇᓯᒪᒍᑎᑦ	83	8010	512,294	-	-	-	512,294
ᐊᒪᒪᒥᒍᑦ ᐋᓐᓂᐋᑦ- ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᒍᑎᖏᑦ ᐃᑲᔪᕐᑕᐅᒍᑎᖏᑦ	84	8011	8,799	-	4,990	-	3,809
ᐃᓄᑐᖃᕐᓂᒃ ᐱᑦᔪᕈᒍᑏᑦ	85	8012	92,159	-	25,000	-	67,159
ᐱᕆᐅᕐᓴᑎᑦᓯᓂᖅ - ᐱᓇᓯᑦᑎᓂᒃ	86	8013	57,558	-	-	-	57,558
ᐱᕆᐅᕐᓴᑎᑦᓯᓂᖅ ᐅᕙᒻᒧᓂᒃ ᐱᓂᕐᓗᕋᕐᑲᑐᓂᒃ	87	8014	1,895	-	1,895	-	-
ᐃᑦᓯᔫᕐᓂᑯᑦ ᐸᑎᓴᕐᑕᐅᑎᑦᓯᒥᖁᑏᑦ	88	8015	56,143	-	-	-	56,143
ᐅᐃᓇᒪᓂᕐᓚᑎᒃᑲᓂᖅ	89	8020	-	160,000	26,659		133,341
ᐱᕆᐅᕐᓴᑎᑦᓯᒍᑏᑦ ᓄᓪᓚᖓᔪᓐᓇᖏᑦᑐᓂᒃ ᐅᐃᒪᖓᓕᐊᓂᖓᓗ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᒍᑦ	90	8021	-	60,721	-		60,721
ᐃᓄᑐᙯᑦ ᐱᓗᑲᑦᑕᐅᒦᖁᑎᖏᑦ	91	8023	-	27,555	-		27,555
ᐅᕙᒻᒧᑦᓕᕆᓂᖅ - ᓄᓇᓕᓕᒪᑎᒍᑦ ᐊᑕᐅᑦᓯᒁᕐᑎᓯᑦ	92	9008	-	133,386	219,429	-	(86,043)
ᐱᕆᐅᕐᓴᑎᑦᓯᒍᑎᑦ ᑳᐱᐊᓇᕐᑐᓯᐅᕐᑐᒃᑲᓕᕐᑲᑦ ᑲᒪᒪᔭᕐᑐᓂᒃ	93	9052	41,192	-	3,806	-	37,386
ᐃᓯᒪᒃᑯᑦ ᐃᓗᓯᒃᑲᑦᓯᐊᓇᐊᒃᑲᓂᓄᑦ	94	9053	120,330	-	-	-	120,330
ᐅᖃᐅᕐᓴᑎᑦᓯᔾ - ᕙᓇᑦᓯᐱᓐᓂᒃ ᐱᕆᐅᕐᓴᑎᑦᓯᓂᖅ	95	9075	205,116	-	78,984	-	126,132
ᐃᓯᒪᒃᑯᑦ ᐃᓗᓯᖕᓗᑐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ	96	9077	68,482	-	47,390	-	21,092
ᐅᖃᐅᕐᓴᑎᑦᓯᔾ - ᐱᓇᓱᒍᑎᓴᓕᐅᕐᓂᖅ	97	9078	13,217	-	12,266	-	951
ᐋᓐᓂᐊᐱᐊᕈᓂᕐᓴᑦ - ᐱᓇᓱᐊᕈᑎᑦᓴᑦ ᐸᕐᓇᑕᐅᓯᒪᒍᑎᖏᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ	98	9079	13,400	-	-	-	13,400
ᐱᕈᕐᐸᓕᐊᓂᕐᒥᒍᑦ ᐱᕙᓗᑕᓖᑦ - ᓄᓇᓕᑦᑎᒍᑦ ᑲᑎᒪᔨᖕᒫᑦ	99	9080	17,185	20,569	-	-	37,754
ᐃᓯᒪᒥᒍᑦ ᐱᕙᓗᑕᓖᑦ - ᖃᐅᔨᓴᕐᑕᐅᒍᑎᖏᑦ	100	9081	13,704	-	-	-	13,704
ᑲᐸᒪᑐᖃᕐᑯᑦ ᑮᓇᐅᔭᖃᕐᑎᓯᒍᑎᖏᑦ							
ᐊᓂᕐᕋᓂ ᓄᓇᓕᓐᓂᓗ ᐱᒍᑦᔾᔪᒍᑏᑦ	101	618	92,022	2,018,088	2,099,051	10,908	21,967
ᐃᓄᒃᒪᓇᓐᓂᒃ ᐱᒍᓐᓇᖏᕐᓯᒪᔪᓕᕆᓇᒍᑎᑦ	102	694	12,872	25,744	25,033	-	13,583
ᐃᓚᒥᑎᒍᑦ ᐱᓗᑲᐅᑎᓂᖅ	103	695	(11,311)	169,200	163,335	-	(5,446)
ᓄᓇᓕᕐᒥ ᐃᓯᒪᒃᑯᑦ ᖃᓄᐃᖏᕐᓯᐊᕐᓂᓕᕆᓂᖅ	104	697	479,505	391,214	569,657	-	301,062
ᐃᓕᓐᓂᐊᕐᑎᓯᑦᑎᓕᒪᓂᕐᒧᑦ ᐸᕐᓇᓯᒪᒍᑎᑦ	105	698	61,549	26,451	38,504	-	49,496
AHTF ᐃᓚᐅᑎᑦᓯᓂᕐᒧᑦ ᐸᕐᓇᓯᒪᒍᑏᑦ - ᐋᓐᓂᐊᕚᑎᒍᑦ ᐱᓇᓱᐊᑕᕐᐅᔪᑦ	106	802	651,619	12,344	649,799	-	14,164
AHTF ᓱᖏᐅᓯᖕᓂᕐᒧᑦ ᐸᕐᓇᓯᒪᒍᑏᑦ - ᐃᓯᒪᒃᑯᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᔭᐅᓂᖅ	107	806	825,135	-	741,410	-	83,725
ᐊᓯᖏᑦ ᑮᓇᐅᔭᖃᕐᑎᑕᐅᒍᑏᑦ							
ᐃᓄᑐᙯᑦ ᐃᓗᕐᕆᓐᓂ ᐱᓇᓱᐊᑦᓯᐊᕈᑎᑦ	108	812	4,220	-	-	-	4,220
ᐱᕆᐅᕐᓴᑎᑦᓯᒍᑎ ᐊᕙᑎᒥᔭᐅᒃᑲᑦᑕᓂᐊᕐᑐᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᕐᑐᓄᑦ	109	813	52,263	-	-	-	52,263
ᐅᓗᓇᐊᖅ ᐅᕙᒻᒧᑦ ᑲᒪᒥᔭᐅᐱᖕᒪ	110	817	332,876	3,240,096	3,572,972	-	-
ᐃᓂᓪᓚᑎᑦᑕᐅᓂᖏᑦ ᐱᒍᑦᔾᔨᐃᑦ	111	927	(60,000)	60,000	-	-	-
ᐃᓕᓐᓂᐊᕐᑎᓯᑦᑎᓕᒪᓂᖅ	112	963	69,439	-	38,488	-	30,951
ᐅᕙᒻᒧᐃᑦ ᓴᐳᑦᔭᐅᒪᐱᖕᒪᑦᑕ ᐃᓂᓪᓚᒥᐊᑦᑕᐅᓂᖕᒪᑦ	113	9007	-	132,124	151,499	-	(19,375)
ᐱᕆᐅᕐᓴᑎᑦᓯᓃᑦ	114	9076	86,264	19,463	47,732	-	57,995
			5,557,717	7,670,070	9,974,261	10,908	3,264,434
			8,055,173	44,758,509	47,145,041	(601)	5,668,040

ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᔩᑦ ᐃᓄᓕᕆᔩᓐᓄ
ᑭᓇᐅᔭᓕᕆᒍᑎᑦ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᒍᑎᖏᑦᑕ ᓀᓪᓕᑎᕐᓯᒪᔪᑦ ᐊᓪᓚᕐᑯᑎᑕᖏᑦ
ᒪᑦᓯ 31, 2011

1. ᖃᓄᐃᑦᑑᓂᖓᓂᒃ ᑐᑭᓯᑎᑦᓯᒍᑏᑦ

ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᔩᑦ ᐃᓄᓕᕆᔩᓐᓄ ᐱᓇᓯᐊᕐᕕᐅᑦᔪᖅ ᓴᕐᕿᑎᑕᐅᓯᒪᑦᓯᓂ ᓭᒥᓯ ᐯᑉ ᑯᐯᓐᓄ ᑕᕐᖃᖕᒪᑕ ᐊᖏᕐᑲᑎᒦᓐᓂᖕᒪᒍᑦ. ᒣ 1, 1995-ᒥ ᐱᒋᐊᕐᑎᓗᒍ ᐱᒍᓐᓇᐅᑎᖏᑦ ᑲᒪᒋᐊᓕᖏᓐᓄ ᑲᑎᕕᐅᑉ ᓄᓇᓕᓖᒫᑎᒍᑦ ᐋᓐᓂᐊᓂᓕᕆᓂᖕᒪᑕ ᐱᒍᓐᓇᐅᑎᖏᑦ ᑲᒪᒋᐊᓕᖏᓐᓄ ᓄᑦᑎᑕᐅᓚᐅᕐᓯᒪᔪᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᔩᑦ ᐃᓄᓕᕆᔩᓐᓄ ᐱᒍᑦᓯᕕᖕᖏᒍᑎᑕᐅᑎᓪᓗᒋᑦ.

2. ᐊᑭᓕᕐᑕᐅᒥᐊᓖᑦ ᑮᓇᐅᔦᑦ ᐃᑎᓇᐊᓖᑦ

	2011 $	2010 $
ᐊ) ᐃᖏᕐᖁᑎᑦᓯᒍᑎᑦ ᑭᓇᐅᔭᖏᑦ		
ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᓄ	1,507,245	235,805
ᐱᓇᓯᑦᑎᑦ ᐊᑭᓕᕐᑕᐅᑲᐱᒍᑎᖏᑦ	6,957	4,237
ᑕᒃᓯᑭᑎᓄᑦ ᐊᑭᑭᓪᓕᒥᐊᑭᑎᑦ	517,889	885,959
ᐃᓅᓕᑦᓯᕕᒃ ᐊᓐᓂᐊᕕᒃ	302,253	71,753
ᑐᓚᑦᑕᕕᒃ ᐊᓐᓂᐊᕕᒃ	312,095	72,721
ᐊᓯᖏᑦ	239,582	63,769
	2,886,021	1,334,244
ᐊᑭᓕᑦᓴᓯᐊᖑᖕᖏᑐᓅᓕᖕᒪᔪᑦ	(113,127)	(29,944)
	2,772,894	1,304,300
ᐸ) ᑭᓇᐅᔦᑦ ᑐᖃᒪᕐᑲᕐᑐᑦ		
ᐊᓪᓗᑦ ᐃᓄᐃᓐᓄ ᐱᒍᑦᔭᐅᕕᖕᒪ ᑲᕙᒪᑐᕐᑲᒃᑯᓂ	143,522	76,238
ᑲᓇᑕᐅᑉ ᐃᓗᓯᓕᕆᔨᖏᑦ	749,305	1,016,590
ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᓄ - ᐊᓪᓚᓯᒪᔪᖅ 9	54,651,981	43,012,715
ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᓄ - ᑐᖃᒪᓕᐅᕐᓯᒪᔪᑦ	1,714,527	-
ᐃᓅᓕᑦᓯᕕᒃ ᐊᓐᓂᐊᕕᒃ	-	135,647
ᑐᓚᑦᑕᕕᒃ ᐊᓐᓂᐊᕕᒃ	-	270,297
ᐊᓯᖏᑦ	154,225	1,522,544
	57,413,560	46,034,031
ᑕ) ᐊᑯᓐᓂᕐᑐᒥᒃ ᐱᐅᒃᑯᑎᖃᕈᑏᑦ		
ᑕᒃᓯᑭᑎᓄᑦ ᐊᑭᑭᓪᓕᒥᐊᑭᑎᑦ	-	27,984
ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᓄ - ᓴᑐᑎᑦ	19,633,009	20,283,429
ᑭᓇᐅᔭᖃᕐᑎᓯᒍᑎᑦ - ᑯᐯᒻᒥ	56,517,154	48,367,931
	76,150,163	68,679,344

3. ᐱᐅᒃᑯᑎᒻᒪᕇᑦ

ᐱᐅᒃᑯᑎᒻᒪᕇᑦ ᐃᒣᓕᖓᑎᓐᓂᑦ ᑌᖅᑭᑕᐅᓯᒪᔪᑦ:

	2011 $	2010 $
ᖃᓇᑕᐅᔭᕈᑎᖃᕈᑎᒃ ᐊᖏᓚᕕᒻᒥᓂ ᐱᐅᓕᓂᐊᒐᖃᕈᑎᑦ	2,742,983	2,742,983
ᐃᖕᓄᐃᑦ ᐱᐅᓕᓂᐊᒐᖃᕈᑎᖏᑦ	332,770	332,770
ᐃᖕᓄᖃᖅᑎᑕᐅᒍᑎᑦ	7,552,909	6,123,515
ᐊᖏᓚᕕᑦ	6,249,066	3,928,743
ᐱᖕᓄᑯᒥᐊᓕᓕᕆᐅᑎᑦ ᐱᓇᓯᑎᑦ	93,937	70,306
ᐃᖏᖅᑫᐅᑎᑦ	137,295	98,085
	17,108,960	13,296,402

4. ᓄᑦᑎᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᕿᓇᐅᔭᖁᑏᑦ

ᕿᓇᐅᔭᖁᑏᑦ ᓄᑦᑎᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᐃᒣᓕᖓᔪᑦ:

	2011 $	2010 $
ᑖᓯᕈᑎᓄᑦ ᐊᑭᓕᖅᑕᐅᒣᑦᑐᑦ	-	117,073
ᓄᓇᓕᓕᒫᓅᓕᖓᔪᑦ	-	116,250
	-	233,323

5. ᕿᓇᐅᔮᒃᑯᕕᒻᒥ ᐊᑦᑐᐊᑦ - ᐊᑯᓃᖅᑐᒥ ᕿᓇᐅᔭᖃᕈᑏᑦ

ᕿᓇᐅᔮᒃᑯᕕᒻᒥ ᐊᑦᑐᐊᖃᕈᑏᑦ ᐊᑐᖅᑕᐅᔫᑦ ᐱᐅᒃᑯᑎᒻᒪᓐᖏᓄᑦ. ᐅᑕᖅᑭᒍᑎᐅᑦᓯᑎᒃ ᑯᕙᒻᒥ ᕿᓇᐅᔭᖃᖅᑎᓯᒍᑎᓂᑦ. ᖁᓕᓂᒃ (10) ᕿᓇᐅᔭᖃᖅᑎᓯᒍᑎᖃᔫᑦ ᕿᓇᐅᔮᒃᑯᕕᒻᒥ CIBC -ᒥᑦ ᐊᑦᑕᖅᑐᖅᐱᖃᖅᓯᑎᒃ ᖄᖅᑐᕐᒥᐊᖃᖅᑎᓗᒥᑦ ᐊᑐᓂᑦ ᐊᑐᓂᖕᒍ ᐊᑭᓕᖅᑕᐅᕆᖅᐱᔅᖃᖅᓯᑎᒃ.

6. ᕿᓇᐅᔮᒃᑯᕕᒻᒥ ᐊᑦᑐᐊᑦ - ᓴᓇᒍᑏᑦ

ᕿᓇᐅᔮᒃᑯᕕᒻᒥ ᐊᑦᑐᐊᖅᑖᓚᐅᔪᑦ ᑰᑦᔪᐊᒥ ᐃᑦᓯᒥᑦᑎᑕᕇᑦ ᓴᓇᔭᐅᒍᑎᑦᓴᖏᓐᓂᒃ. ᑖᒃᑯᐊ ᐊᑦᑐᐊᑦ ᕿᓇᐅᔮᒃᑯᕕᒻᒥ CIBC -ᒥᑦ ᐱᒋᐊᖅᑎᓗᒍ ᒦᑦᔾ 1, 2002-ᒥ ᖄᖅᑐᕐᒥᐊᖃᖅᑎᓗᒥᑦ 5.910% ᐊᑭᓕᖅᑕᐅᕆᓛᖅᓯᑎᒃ ᒦᑦᔾ 1, 2027-ᒥ. ᑖᒃᑯᐊ ᐊᑭᓕᖅᑐᑕᐅᒍᑎᖏᑦ ᖄᖅᑐᕐᒥᐊᖏᖕᒍ ᐊᖏᓚᑕᐅᓯᒪᓲᑦ ᐃᖏᖅᑎᑦᓯᒍᑎᓂ ᕿᓇᐅᔭᖃᖅᑎᓯᒍᑎᐅᑦᓯᑎᒃ. ᑖᒃᑯᐊ ᐊᖅᑰ ᐃᓯᓕᑎᖕᒍᒍ $1,763,723.-ᒦᑦᑐᑦ.

7. ᐊᕐᕌᒍᓂ ᐊᓂᒍᕐᑐᓂ ᐊᑑᑎᓯᓚᒍᑦ ᖃᐅᔨᓴᕐᑕᐅᒍᑎᖅᑯᑦ

ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᐅᑉ ᐃᓅᓕᕆᓂᐅᖕᒍ ᑐᕝᕙᑦᑕᕐᐱᖅᓚ ᑯᐯᒻᒥ ᖃᐅᔨᓴᕈᑎᐱᓂᖅᑯᑦ 2003-2004, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007, 2007-2008, 2008-2009 ᐊᒻᒪᓗ 2009-2010 ᑮᓇᐅᔭᓕᕆᒍᑏᑦ ᑐᓴᕐᑎᓯᒍᑎᖅᑯᑦ ᐊᑐᐃᖕᓇᐅᓚᐅᕝᕕᖅᑯᑦ ᑖᒃᑯᐊ ᐊᖏᓚᖑᕐᑎᑕᐅᓕᕐᑎᓗᒥᑦ. ᑖᒃᑯᐊ ᐊᕐᕌᒍᐃᑦ ᖃᐅᔨᓴᕐᑕᐅᕆᕐᓯᒪᓕᕐᑲᑕ 2011-2012 ᑮᓇᐅᔭᓕᕆᒍᑏᑦ ᐊᖏᓚᑕᐅᓯᒪᓕᕐᑲᑕ ᓴᕿᑎᑕᐅᓛᕐᑐᑦ.

8. ᑮᓇᐅᔾᔪᐱᖃᑎᒌᑦ ᑮᓇᐅᔾᔪᑎᖅᑯᑦ

ᓄᓇᓕᓕᒦᑎᒍᑦ ᑲᑎᖅᖢᒫᑦ ᐃᖅᑯᕐᕋᑎᑦᓯᓲᑦ ᐃᖅᑯᕐᕋᑎᑦᓯᒍᑎᓂᒃ ᑮᓇᐅᔭᓂᒃ ᑐᕌᓚᓕᐅᕐᓯᒪᔪᓂᖕᒍ ᑮᓇᐅᔭᓂᒃ; ᑮᓇᐅᔭᓕᕆᒍᑏᑦ ᐊᑯᓂᕐᑐᒨᓕᖅᓚᔪᑦ ᑮᓇᐅᔾᔪᑏᑦ. ᐊᕐᕋᒎᑦ ᐃᓯᓕᓂᖅᓚᓂ ᑭᓇᐅᔾᔪᐲᑦ ᓄᑦᑎᑲᑦᑲᑎᒦᖕᓂᖅᑯᑦ ᐊᖏᓚᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᐃᒣᑦᑐᓂᒃ "ᐅᕗᖅᓚ ᐃᓕᔭᐅᒥᐊᓕᒃ" ᐊᒻᒪᓗ "ᐅᕙᖅᖢᑦ ᐱᔭᐅᒥᐊᓕᒃ" ᓄᑦᑎᑲᑦᑕᐅᓯᑎᒃ.

9. ᐃᒪᕐᖃᐅᑎᓖᑦ ᐃᒪᕐᖃᐅᑎᖃᖅᑯᑐᖕᒍ ᐱᕚᖕᓕᕐᒍᑏᑦ

ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᔩᑦ ᐃᓅᓕᕆᔩᖕᒍ ᐊᖅᑯᑎᕆᒍᑎᒥᒃ ᐊᑎᓕᐅᕈᑎᖃᕐᓯᒪᔪᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᐅᑉ ᐃᓅᓕᕆᓂᐅᖕᒍ ᑐᕝᕙᑦᑕᕐᐱᖅᓚᓂ ᐱᓇᓯᐊᕐᑕᐅᒍᑎᖅᑯᖕᓂ ᐃᒪᕐᖃᐅᑎᓖᑦ ᐃᒪᕐᖃᐅᑎᖃᖅᑯᑐᖕᒍ ᐱᕚᖕᓕᕐᒍᑏᑦ ᕕᕗᐊᕆ 15, 2011-ᒥ.

ᑐᖅᖢᐱᖃᕐᑎᓗᒥᑦ ᑖᒃᑯᓂᖅᓚ ᐊᖅᑯᑎᕆᒍᑎᓂᒃ, ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᔩᑦ ᐃᓅᓕᕆᔩᖕᒍ ᑐᕗᖕᓇᑐᒥᒃ ᐊᐅᓚᑦᓯᕋᐅᒥᐊᖃᕐᓯᒪᔪᑦ ᐃᒪᕐᖃᐅᑎᓖᑦ ᐃᒪᕐᖃᐅᑎᖃᖅᑯᑐᖕᒍ ᐱᕚᖕᓕᕐᒍᑏᑦ ᑮᓇᐅᔾᔪᑎᖅᑯᖕᓂᒍ. ᑕᖕᓇ ᐅᑯᑦᑎᓗᒍ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᔩᑦ ᐃᓅᓕᕆᔩᖕᒍ ᑐᑭᓯᓇᕐᑎᓯᒥᐊᖃᕐᑐᑦ, ᐊᖅᑭᑎᖃᕐᓗᑎᖕᒍ ᐊᑐᓕᕐᑎᓯᓗᑎᖕᒍ ᒪᓕᒐᕐᓂᒃ ᐱᓇᓯᒍᑏᖕᒍ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᕆᓂᕐᒥ.

ᐅᖃᓘᓗᐊᕐᑎᓗᒍ, ᒪᓕᒋᑦ ᐱᓇᓯᒍᑏᖕᒍ ᐱᑕᖃᓚᐅᖅᑯᑐᑦ 2009-2010-ᒥ ᑮᓇᐅᔭᓕᕆᒍᑏᑦ ᐊᖏᓚᑕᐅᓯᒪᒍᑎᖅᑯᖕᓂ. 2005-2006 ᐋᖕᓂᐊᐱᓕᐊᕐᑐᑦ ᐅᓯᔭᐅᒍᑎᖅᑯᑦ ᑭᓯᐊᓂ ᐋᕿᑕᐅᓯᒪᓯᒪᔪᑦ. ᑖᖕᓇ ᒪᓕᒐᖅ ᐃᒪᕐᖃᐅᑎᓖᑦ ᐃᒪᕐᖃᐅᑎᖃᖅᑯᑐᖕᒍ ᐱᕚᖕᓕᕐᒍᑎᖅᑯᖕᓂᒃ ᐃᓄᖕᓇᖅᓚᒍᖕᒍ ᑭᓯᐊᓂ ᐊᑐᕐᑕᐅᑎᑕᐅᔫᖅᒍᑦᓯᓂ. ᐊᒻᒪᓗᒥᐊᖕᓚᒃ ᑮᓇᐅᔾᔪᑏᑦ ᐃᓚᖅᑯᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᔨᓂ ᐃᓅᓕᕆᔨᓂᖕᒍ ᐱᔭᐅᓯᒪᔪᑦ ᐃᒪᕐᖃᐅᑎᓕᖕᓄᑦ ᐃᒪᕐᖃᑎᐅᕐᖃᖅᑯᑐᓄᖕᒍ ᐱᕚᖕᓕᕐᒍᑎᓄᑦ ᐊᑭᓕᕐᑕᐅᕐᒍᔨᒍᑏᑦ ᑐᓂᔭᐅᑎᖕᒍᒥᑦ ᒪᓕᒐᕐᑲᕋᑎᒃ ᐋᕿᖅᒪᐅᓯᕐᑲᕋᑎᖕᒍ.

ᒪᓕᒐᕐᑕᕐᑲᖅᑯᒥᓂᒃᖢᓄᑦ ᐱᓇᓯᒍᑎᓂᖕᒍ ᖃᐅᔨᓴᕐᑕᐅᒍᑎᖅᑯᑦ ᐃᒪᕐᖃᐅᑎᓖᑦ ᐃᒪᕐᖃᐅᑎᖃᖅᑯᑐᖕᒍ ᐱᕚᖕᓕᕐᒍᑏᑦ ᖃᐅᔨᓴᕐᑕᐅᒍᖕᓇᓯᒪᖅᑯᑐᑦ ᖃᓄᐃᓘᕈᑎᐅᓯᒪᒻᒪᖅᓚᑕ ᖃᓄᕐᒍ ᐊᑐᕐᑕᐅᓯᒪᒻᒪᖅᓛᑕ.

ᖃᐅᔨᓴᕐᑕᐅᒍᖕᓇᓯᒪᔪᑐᐊᑦ ᓄᓇᐱᐅᑉ ᓯᓚᑖᓂ ᓄᓇᕐᑲᕐᑐᑦ ᐃᔭᐅᑎᑖᕈᑎᐱᓂᖅᑯᑦ, ᑭᒍᑎᖅᖢᒍᐊᑖᕈᑎᐱᓂᖅᑯᑦ ᐋᖕᓂᐊᓯᐅᑎᑖᕈᑎᐱᓂᖅᑯᖕᒍ, ᐋᖕᓂᐊᓯᕐᑕᐅᒍᑎᖅᑯᑦ ᐱᐅᓕᓂᐊᒪᕐᑕᕈᑎᖅᑯᖕᒍ ᐋᖕᓂᐊᓂᕐᒎᓕᖅᓚᔪᓂᒃ. ᑖᒃᑯᐊ 3% ᐊᑭᖅᑯᑦᑕ ᐃᒪᕐᖃᐅᑎᓖᑦ ᐃᒪᕐᖃᐅᑎᖃᖅᑯᑐᖕᒍ ᐱᕚᖕᓕᕐᒍᑏᑦ. ᐅᑯᐊ ᖃᐅᔨᓴᕐᓂᐅᓯᒪᔫᑦ ᓄᐃᓯᒪᔭᖅᑯᑦ:

'-ᒪᓕᒋᑦ ᐱᓇᓯᐊᕈᑏᖕᒍ ᑲᓇᑕᐅᑉ ᐃᓗᓯᓕᕆᔨᖅᑯᖕᓂ ᒪᓕᑦᑕᐅᓯᐊᕐᑐᑦ ᐊᑐᕐᑕᐅᓯᑎᖕᒍ. ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᔩᑦ ᐃᓅᓕᕆᔩᖕᒍ ᒪᓕᒪᓕᐅᕐᓯᒪᒪᓗᐊᕐᒥᓯᑎᒃ ᑲᑎᖅᖢᒐᔫᑦ ᐊᖅᑭᑎᐅᓚᐅᕐᓯᒪᔫᔮᖅᑯᑐᖅ;

'-ᑮᓇᐅᔭᕐᑐᕈᑎᐅᓯᒪᔪᓕᒦᑦ ᖃᐅᔨᒪᔭᐅᔪᑦ ᑭᓇᒃᑯᓂᖅᑯᑦ ᐃᓚᐅᔫᒍᑏᑦ ᒪᓕᑦᓯᒥᑦ;

'-2004-2005-ᒥ ᓯᕗᖕᓕᕙᒥ ᐊᕐᕌᒍᒥ ᐃᒪᕐᖃᐅᑎᓖᑦ ᐃᒪᕐᖃᐅᑎᖃᖅᑯᑐᖕᒍ ᐱᕚᖕᓕᕐᒍᑏᑦ ᐊᑐᕐᑕᐅᒥᐊᖅᖢᓯᔪᐱᓃᑦ ᖃᓄᐃᓘᕈᑎᐅᓯᒪᓂᖅᑯᑦ ᐱᑕᖃᖅᑯᑐᑦ. ᑭᓯᐊᓂ ᖃᐅᔨᒪᓇᕐᑐᖅ ᐃᔭᐅᑎᑖᕈᑏᑦ ᑭᒍᑎᖅᖢᒍᐊᑖᕈᑏᖕᒍ ᐊᑕᐅᓯᐱᑦᓯᑎᒃ ᐊᑕᐅᓯᕐᒍᑦ

'-ᑐᓂᔭᐅᓂᕆᔭᖅᑯᑦ ᐋᖕᓂᐊᓯᐅᑏᑦ ᓄᓇᐱᐅᑉ ᓯᓚᑖᓃᑦᑐᓄᑦ ᑲᓇᑕᐅᑉ ᐃᓗᓯᓕᕆᔨᖅᑯᑦᑕ ᐊᖅᑯᕐᓯᒪᔭᖅᑯᖕᓂᒃ ᒪᓕᖅᑯᖕᓇᓯᖅᒍᖅᑯᒥᒥᔪᑦ. ᐊᑐᑲᖕᓛᕐᑲᑦᑕᓚᐅᔫᒻᒥᔪᑦ ᑯᐯᑉ ᐋᖕᓂᐊᓯᐅᕐᓂᓕᕆᓂᖅᓚᑕ ᒪᓕᒐᖅᑯᖕᓂᒃ;

'-ᖃᐅᔨᒪᓇᕐᓯᒪᖅᑯᑐᑦ ᐋᖕᓂᐊᓯᐅᑏᑦ ᐊᑭᑭᖕᓂᕙᕗᑦ ᐊᑐᕐᑕᐅᖅᑯᖕᓇᓕᒦᕐᓂᒪᖅᓛᑕ.

9. ᐃᒻᒪᖅᑲᐅᑎᓈᑦ ᐃᒻᒪᖅᑲᐅᑎᖅᑲᖏᑦᑐᓐᓄ ᐱᕋᓐᓂᕐᑯᑏᑦ - ᑲᔪᓯᔪᑦ

ᑖᒃᑯᐊ ᑮᓇᐅᔭᓕᕆᒍᑏᑦ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᒍᑎᖏᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᓕᕐᑎᓗᒋᑦ, ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᐅᑉ ᐃᓄᓕᕆᓂᐅᓐᓄ ᑐᖅᑲᑦᐱᖓ ᑮᓇᐅᔭᕐᑯᑏᑦ ᑲᑎᒍᑎᖏᓐᓂᒃ ᐅᖅᑲᕐᓯᒪᖏᑦᑐᖅ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᔩᓄᑦ ᐃᓄᓕᕆᔩᓄᑦ ᐃᒻᒪᖅᑲᐅᑎᓈᑦ ᐃᒻᒪᖅᑲᐅᑎᖅᑲᖏᑦᑐᓐᓄ ᐱᕋᓐᓂᕐᑯᑏᑦ ᐊᑐᕐᑕᐅᒍᑎᖏᓐᓂᒃ. ᑖᒃᑯᐊ ᐃᑎᕐᓇᐊᖅᑲᕐᑎᓗᒋᑦ ᐃᒣᓐᖓᑎᓐᓄᒍ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᔪᑦ:

	$
2005-2006	5,089,613
2006-2007	6,174,464
2007-2008	6,446,326
2008-2009	12,231,625
2009-2010	13,070,687
2010-2011	11,639,266
	54,651,981

10. ᓂᐅᕕᖅᓯᐊᕈᔩᑦ

ᓄᓇᓖᓕᒫᑎᒍᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑲᑎᒌᖕᕕᐅᔪᖅ ᐃᓗᓯᓕᕆᔾᑯᑦ ᐃᓄᓕᕆᔾᑯᓄ ᓂᐅᕕᕐᓂᒍᑦ ᒪᓕᒐᖏᑦᑐᑦ. ᐊᑑᑎᔭᐅᒥᐊᖅᑲᖏᑦᑐᑦ ᐊᑑᑎᑲᓪᓚᖅᑕᓯᒪᔪᑦ ᐊᑭᑦᓯᐊᕆᐊᓐᓂᐸᐅᓕᑎᑦᓯᒍᑎᐅᒥᐊᓕᓕᕕᓃᑦ.

11. ᓄᑖᑦ ᐃᓪᓗᐃᑦ

ᑮᓇᐅᔭᓕᕆᓐᓇᒥ 2007-2008, ᓄᓇᓖᓕᒫᑎᒍᑦ ᑲᑎᖕᖓᓃᑦ ᐃᓪᓗᓕᐅᕐᑎᓯᓯᓚᐅᔪᑦ 26-ᓂᒃ ᐱᓇᓯᑦᑏᑦ ᐊᓂᕐᕿᔅᖏᓐᓂᒃ, ᓄᓇᓖᓕᒫᑎᒍᑦ ᐱᒍᑦᑌᑌᑦ ᐃᓪᓗᕐᑯᑎᑦᓯᑎᒃ ᐱᖓᓲᔪᕐᑐᓂᒃ (6) ᑐᓚᑦᑕᕕᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓅᓕᑦᓯᕕᒃ ᐋᓂᐊᕕᒃ ᐊᑐᓂᑦ ᕐᑯᓕᓂᒃ (10) ᐃᓪᓗᕐᑯᑏᑦᕐᒥᑎᓪᓗᒥᒃ.

'2008-2009-ᒥ, ᓄᓇᓖᓕᒫᑎᒍᑦ ᑲᑎᖕᖓᓃᑦ ᐃᓪᓗᓕᐅᕐᑎᓯᓯᓚᐅᔪᑦ 54-ᓂᒃ ᐱᓇᓯᑦᑏᑦ ᐊᓂᕐᕿᔅᖏᓐᓂᒃ, ᓄᓇᓖᓕᒫᑎᒍᑦ ᐱᒍᑦᑌᑌᑦ ᐃᓪᓗᕐᑯᑎᑦᓯᑎᒃ ᐱᖓᓲᔪᕐᑐᓂᒃ (6) ᑐᓚᑦᑕᕕᒃ ᐋᓂᐊᕕᒃ 25-ᓂᒃ ᐃᓪᓗᕐᑯᑏᕐᑎᓗᒍ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓅᓕᑦᓯᕕᒃ ᐋᓂᐊᕕᒃ 23-ᓂᒃ ᐃᓪᓗᕐᑯᑎᕐᑎᓗᒍ.

'2009-2010-ᒥ, ᓄᓇᓖᓕᒫᑎᒍᑦ ᑲᑎᖕᖓᓃᑦ ᐃᓪᓗᓕᐅᕐᑎᓯᓯᓚᐅᔪᑦ 50-ᓂᒃ ᐱᓇᓯᑦᑏᑦ ᐊᓂᕐᕿᔅᖏᓐᓂᒃ, ᓄᓇᓖᓕᒫᑎᒍᑦ ᐱᒍᑦᑌᑌᑦ ᐃᓪᓗᕐᑯᑎᑦᓯᑎᒃ ᓯᑕᒪᓂᒃ (4) ᑐᓚᑦᑕᕕᒃ ᐋᓂᐊᕕᒃ 23-ᓂᒃ ᐃᓪᓗᕐᑯᑏᕐᑎᓗᒍ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓅᓕᑦᓯᕕᒃ ᐋᓂᐊᕕᒃ 23-ᓂᒃ ᐃᓪᓗᕐᑯᑎᕐᑎᓗᒍ.

ᒫᑦᓯ 31, 2011-ᒥ ᓴᓇᓂᕐᔪᑦ ᑮᓇᐅᔭᕐᑐᕆᑎᐅᓯᒪᔪᑦ $11,239,244 ᑮᓇᐅᔭᓕᕆᓐᓇᒥ 2009-2010-ᒥ ᐃᓪᓗᓕᐅᕆᑎᕕᓂᕐᓄᑦ, $21,009,886 2008-2009-ᒥ ᐃᓪᓗᓕᐅᕆᑎᐱᕆᓂᕐᓄᑦ ᐊᒻᒪᓗ $10,024,156 2008-2008-ᒥ ᐃᓪᓗᓕᐅᕆᑎᕕᓂᕐᓄᑦ. ᑖᒃᑯᐊ ᐊᐅᓚᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᑭᓇᐅᔭᖅᑲᕐᑎᑕᐅᑦᓯᑎᓪᓗ ᑯᕓᒃ ᑲᕋᒪᖓᓄᑦ.

'2011-2012 ᑮᓇᐅᔭᓕᕆᓐᓇᐅᓖᕐᑐᒥ ᓴᓇᒍᑏᑦ ᐱᔭᓈᕐᓯᒪᓕᕐᑎᓗᒋᑦ ᐱᐅᒃᑯᑎᒻᒪᓈᑦ ᐊᑭᖏᑦ ᐊᑯᓂᕐᑐᒥᓪᓗ ᐃᓪᓗᓕᐅᕐᓂᒍᑦ ᐊᑭᓕᑦᓴᑦ ᑖᒃᑯᐊ ᐱᓇᓱᐊᕐᕕᐅᔪᑦ ᑮᓇᐅᔭᓕᕆᒍᑎᖏᓐᓂ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᓖᕐᑐᑦ.

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES

SUMMARY FINANCIAL STATEMENTS

MARCH 31, 2011

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
SUMMARY FINANCIAL STATEMENTS
MARCH 31, 2011

TABLE OF CONTENTS

	Page
OPERATING FUND	
BALANCE SHEET	1
STATEMENT OF CHANGES IN FUND BALANCE	2
STATEMENT OF REVENUE AND EXPENSES	3
LONG-TERM ASSETS FUND	
BALANCE SHEET	4
STATEMENT OF CHANGES IN FUND BALANCE	5
STATEMENT OF REVENUE AND EXPENSES	6
ASSIGNED FUND	
BALANCE SHEET	7
STATEMENT OF CHANGES IN FUND BALANCE	8
NOTES TO SUMMARY FINANCIAL STATEMENTS	11

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
OPERATING FUND - BALANCE SHEET
MARCH 31, 2011

	2011 $	2010 $
ASSETS		
CASH	**532,210**	2,214,895
ACCOUNTS RECEIVABLE (note 2 a))	**2,772,894**	1,304,300
	3,305,104	3,519,195
LIABILITIES		
ACCOUNTS PAYABLE AND ACCRUED CHARGES	**3,138,908**	1,098,327
DUE TO LONG-TERM ASSETS FUND (note 8)	**131,425**	132,368
DUE TO ASSIGNED FUND (note 8)	**5,758,994**	7,665,051
DEFERRED REVENUE (note 4)	**-**	233,323
	9,029,327	9,129,069
FUND BALANCE		
FUND BALANCE	**(5,724,223)**	(5,609,874)
	(5,724,223)	(5,609,874)
	3,305,104	3,519,195

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
OPERATING FUND - STATEMENT OF CHANGES IN FUND BALANCE
YEAR ENDED MARCH 31, 2011

	2011 $	2010 $
FUND BALANCE - BEGINNING OF YEAR	**(5,609,874)**	(4,505,814)
Previous Years' Adjustment		
- General Adjustment - Payment to Health and Social Services	**500,000**	-
- Cancellation of Amount Payable to Inuulitsivik Health Centre	-	231,737
- Transfer of a Deficit from the Assigned Fund (Strategic Planning)	-	(361,634)
Excess (Deficiency) of Revenue over Expenses - Regular Operations	**(614,349)**	(938,883)
Excess (Deficiency) of Revenue over Expenses - Special Projects	-	(35,280)
FUND BALANCE - END OF YEAR	**(5,724,223)**	(5,609,874)

As at March 31, 2011, the balance is composed of:

Regular Operations	**(5,751,088)**	(5,636,739)
Special Projects		
- Planning and Programming - Nurse Retention (#792)	**26,865**	26,865
	(5,724,223)	(5,609,874)

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
OPERATING FUND
STATEMENT OF REVENUE AND EXPENSES
YEAR ENDED MARCH 31, 2011

	2011 $	2010 $
REVENUE		
Health and Social Services	**5,404,509**	4,507,335
Dossier Santé Québec	**20,798**	96,530
Housing Rental	**561,335**	578,239
Municipal Affairs	**281,208**	267,572
Administration Fees	**301,467**	189,461
Interest Income	**7,612**	7,357
Other Revenue	**5,525**	156,887
	6,582,454	5,803,381
DEFERRED REVENUE - BEGINNING OF YEAR	**233,323**	125,000
DEFERRED REVENUE - END OF YEAR (note 4)	**-**	(233,323)
	233,323	(108,323)
	6,815,777	5,695,058
EXPENSES		
General Administration	**5,837,151**	5,001,410
Community Health Advisors	**922,322**	1,047,024
Building Operating Costs	**670,653**	585,507
	7,430,126	6,633,941
EXCESS (DEFICIENCY) OF REVENUE OVER EXPENSES	**(614,349)**	(938,883)

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
LONG-TERM ASSETS FUND - BALANCE SHEET
MARCH 31, 2011

	2011 $	2010 $
ASSETS		
CURRENT ASSETS		
CASH	**92,615**	26,510
DUE FROM OPERATING FUND (note 8)	**131,425**	132,368
ACCOUNTS RECEIVABLE (note 2 c))	**76,150,163**	68,679,344
	76,374,203	68,838,222
CAPITAL ASSETS (note 3)	**17,108,960**	13,296,402
	93,483,163	82,134,624
LIABILITIES		
CURRENT LIABILITIES		
BANK LOANS (note 5)	**8,151,572**	5,476,121
ACCOUNTS PAYABLE AND ACCRUED CHARGES	**33,332**	33,332
TEMPORARY FINANCING	**48,556,290**	43,045,341
CURRENT PORTION OF BONDS PAYABLE	**1,542,534**	2,151,654
	58,283,728	50,706,448
BONDS PAYABLE	**18,090,475**	18,131,774
	76,374,203	68,838,222
FUND BALANCE		
FUND BALANCE	**17,108,960**	13,296,402
	17,108,960	13,296,402
	93,483,163	82,134,624

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
LONG-TERM ASSETS FUND
STATEMENT OF CHANGES IN FUND BALANCE
YEAR ENDED MARCH 31, 2011

	2011 $	2010 $
FUND BALANCE - BEGINNING OF YEAR	**13,296,402**	12,953,537
Capital Assets Purchased through the Operating Fund	**387,267**	40,571
Capital Assets Purchased through the Assigned Fund	**-**	110,692
Capital Assets Purchased through the Long-Term Asset Fund	**3,425,291**	191,602
FUND BALANCE - END OF YEAR	**17,108,960**	13,296,402

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
LONG-TERM ASSETS FUND
STATEMENT OF REVENUE AND EXPENSES
YEAR ENDED MARCH 31, 2011

	2011 $	2010 $
REVENUE		
Health and Social Services	**848,124**	334,970
Financement-Québec	**11,101,296**	8,217,212
	11,949,420	8,552,182
EXPENSES		
Interest Charges	**1,311,370**	1,119,945
Computer and Office Equipment	**-**	2,635
Housing Furniture	**-**	13,890
Housing Units	**1,080,394**	125,124
Office Building	**2,320,323**	86,837
Specialized Equipment	**23,631**	4,290
Vehicles	**943**	-
Inuulitsivik Health Centre - Equipment	**1,215,923**	800,165
Inuulitsivik Health Centre - Furniture	**-**	92,356
Inuulitsivik Health Centre - Maintenance of Assets	**2,893,097**	3,028,329
Tulattavik Health Centre - CHSLD	**-**	99,503
Tulattavik Health Centre - Equipment	**716,721**	696,268
Tulattavik Health Centre - Furniture	**-**	144,786
Tulattavik Health Centre - Maintenance of Assets	**2,387,018**	2,338,054
	11,949,420	8,552,182
EXCESS (DEFICIENCY) OF REVENUE OVER EXPENSES	**-**	-

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
ASSIGNED FUND - BALANCE SHEET
MARCH 31, 2011

	2011 $	2010 $
ASSETS		
DUE FROM OPERATING FUND (note 8)	**5,758,994**	7,665,051
ACCOUNTS RECEIVABLE (note 2 b))	**57,413,560**	46,034,031
	63,172,554	53,699,082
LIABILITIES		
ACCOUNTS PAYABLE AND ACCRUED CHARGES	**57,504,514**	45,643,909
	57,504,514	45,643,909
FUND BALANCE		
FUND BALANCE	**5,668,040**	8,055,173
	5,668,040	8,055,173
	63,172,554	53,699,082

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
ASSIGNED FUND - STATEMENT OF CHANGES IN FUND BALANCE
YEAR ENDED MARCH 31, 2011

	Project Number	Fund Balance Beginning of Year $	Revenue $	Expenses $	Previous Years' Adjustment $	Fund Balance End of Year $
ADMINISTRATION						
Provincial funds						
Housing Construction	701	(77,186)	-	-	-	(77,186)
PACS Teleradiology	702	(49,052)	-	-	-	(49,052)
MEO Technology Orientation	759	29,291	-	-	-	29,291
Emergency Measures	998	116,907	819,404	853,197	-	83,114
Banwidth Enhancement Project	8860	-	500,000	140,065	-	359,935
Other funds						
Pandemic Influenza	8001	(34,151)	-	-	-	(34,151)
Technocentre	8840	-	275,328	275,328	-	-
Regional Administrative Services	8891-92	-	318,684	165,050	-	153,634
		(14,191)	1,913,416	1,433,640	-	465,585
HUMAN RESOURCES						
Provincial funds						
Training to Inuit on Medical Terminology	8022	-	107,289	-	-	107,289
Federal funds						
Aboriginal Health Human Resources Initiative	811	382,372	177,086	187,534	-	371,924
Other funds						
Staff Training Youth Protection	818	315,759	68,532	393,209	-	(8,918)
		698,131	352,907	580,743	-	470,295
INUIT VALUES						
Provincial funds						
Managerial Staff Development	610	4,975	-	5,391	-	(416)
Midwifery Program	901	23,506	-	11,308	-	12,198
Regional Midwifery	8016	84,000	-	-	-	84,000
Federal funds						
Brighter Futures	699	26,748	1,127,145	1,084,795	1,091	70,189
Indian Residential Schools	819	-	282,656	123,185	-	159,471
Other funds						
Aboriginal Healing Foundation	800	-	18,077	32,586	-	(14,509)
ITK - Regional Engagement Coordinator	804	106,710	175,000	199,027	-	82,683
Residential School File	808	32,554	(32,554)	-	-	-
Certificate in Health and Social Services Management	814	(500)	-	-	-	(500)
McGill Social Workers' Project	815	38,073	-	-	-	38,073
		316,066	1,570,324	1,456,292	1,091	431,189
OUT OF REGION SERVICES						
Provincial funds						
Insured/Non-Insured Health Benefits Program	938	-	30,860,891	30,860,891	-	-
Insured/Non-Insured Health Benefits Management	939	84,533	321,796	355,398	-	50,931
		84,533	31,182,687	31,216,289	-	50,931

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
ASSIGNED FUND - STATEMENT OF CHANGES IN FUND BALANCE (CONT'D)
YEAR ENDED MARCH 31, 2011

	Project Number	Fund Balance Beginning of Year $	Revenue $	Expenses $	Previous Years' Adjustment $	Fund Balance End of year $
PUBLIC HEALTH						
Provincial funds						
Smoking Action Plan	913	(3,070)	-	-	-	(3,070)
Food Safety Project	915	12,064	-	-	-	12,064
Breast Cancer Screening Program - Regional	916	(1,178)	-	-	-	(1,178)
Quebec Smoking Cessation Program	926	-	58,322	40,596	-	17,726
Kynesiology	931	298,081	-	87,116	-	210,965
AIDS and STD - Information and Prevention	956	(51,847)	161,370	77,690	-	31,833
Hepatitis C	959	7,535	1,800	-	-	9,335
Nosocomial Infections	960	1,880	-	-	-	1,880
STBI Research Project	968	(22,921)	46,285	4,795	-	18,569
Breast-Feeding Campaign	8004	410	-	-	-	410
Air Quality for Nunavik Residents	8017	13,410	-	-	-	13,410
PSSP Management Fees	8019	-	14,000	-	-	14,000
Federal funds						
Health Consultation	600	(12,500)	-	-	(37,500)	(50,000)
NNHC Functionning	614	12,354	108,963	108,928	-	12,389
Tobacco Federal Program	631	(33,066)	-	-	-	(33,066)
NNHC Communication	632	9,886	15,065	14,883	-	10,068
FASD	634	231,060	270,702	310,049	-	191,713
Diabetes	693	32,434	557,148	520,352	24,900	94,130
Perinatal Nutritional Program	696	132,729	163,467	296,174	-	22
AHTF Healthy Living in School and Substance Abuse	809	275,409	-	178,074	-	97,335
Nutrition North Canada	820	-	245,250	230,596	-	14,654
Other funds						
Occupational Health and Safety	611	224,415	318,622	394,556	-	148,481
Kino Quebec	612	40,745	52,192	6,000	-	86,937
Injuries Prevention Research	655	4,915	-	-	-	4,915
Vaccines B - Sec. 5	660	148,231	-	73,830	-	74,401
Arctic Net Project	668	26,109	-	-	-	26,109
Inuit Health Survey	690	(73,561)	-	-	-	(73,561)
Dental Health for Primary School	803	11,305	-	-	-	11,305
Literacy Learning - "How I Quit Smoking"	805	43,010	-	-	-	43,010
NAHO Health Analyst	807	84,521	75	84,082	-	514
Born Smoke Free and Blue Light Campaigns	816	557	55,844	56,095	-	306
		1,412,917	2,069,105	2,483,816	(12,600)	985,606
PLANNING AND PROGRAMMING						
Provincial funds						
Managers' Training	640	12,233	-	11,803	-	430
Training Medical - Legal Kit	790	408,284	45,729	432,939	-	21,074
Women's Health Program	791	242,495	-	76,176	-	166,319
Installation Premiums and Training	920-921-923	426,680	800,260	683,064	-	543,876
External Residency in Family Medicine	922	(427,078)	-	18,803	-	(445,881)
Regional Committees against Violence	932	-	65,000	-	-	65,000
Cancer	962	40,250	-	-	-	40,250
Intellectual and Physical Deficiency	967	17,702	-	17,702	-	-
Intellectual Deficiency - Family Suppor	971	47,626	-	47,626	-	-

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
ASSIGNED FUND - STATEMENT OF CHANGES IN FUND BALANCE (CONT'D)
YEAR ENDED MARCH 31, 2011

	Project Number	Fund Balance Beginning of Year $	Revenue $	Expenses $	Previous Years' Adjustment $	Fund Balance End of year $
PLANNING AND PROGRAMMING (CONT'D)						
Provincial funds (cont'd)						
Young Parents	972	25,096	-	35,121	-	(10,025)
Training - Nurse, Social Workers	977	48,780	-	5,844	-	42,936
Mental Health - Training on Crisis Managemen	8005	54,086	-	53,392	-	694
Suicide Prevention - Training	8006	153,032	159,213	9,042	-	303,203
Violence against Women - Training	8007	185,332	102,913	64,850	-	223,395
Community Organization - Training	8008	230,568	-	-	-	230,568
Mental Health - Support on Clinical Projects	8009	274,704	-	-	-	274,704
Suicide Prevention - Regional Strategy	8010	512,294	-	-	-	512,294
Breast Cancer - Diagnostic and Patient Support	8011	8,799	-	4,990	-	3,809
Services to Elders	8012	92,159	-	25,000	-	67,159
Training - Network Employees	8013	57,558	-	-	-	57,558
Training Workers - Young Offenders	8014	1,895	-	1,895	-	-
Sexual Harassment Intervention Team	8015	56,143	-	-	-	56,143
Dependencies	8020	-	160,000	26,659	-	133,341
Training on Attention & Hyperactivities	8021	-	60,721	-	-	60,721
Elder Abuse Prevention	8023	-	27,555	-	-	27,555
Youth Program - Regional Coordinator	9008	-	133,386	219,429	-	(86,043)
Training on Crisis Management	9052	41,192	-	3,806	-	37,386
Mental Health	9053	120,330	-	-	-	120,330
Speech Pathology - Training Daycare	9075	205,116	-	78,984	-	126,132
Psycho-Social Committee	9077	68,482	-	47,390	-	21,092
Speech Pathology - Program Developmen	9078	13,217	-	12,266	-	951
CLSC - Regional Development Strategy	9079	13,400	-	-	-	13,400
Development Problems - Regional Committee	9080	17,185	20,569	-	-	37,754
Intellectual Deficiency - Evaluation Char	9081	13,704	-	-	-	13,704
Federal funds						
Home and Community Care	618	92,022	2,018,088	2,099,051	10,908	21,967
Disabled Adults Care	694	12,872	25,744	25,033	-	13,583
Family Violence	695	(11,311)	169,200	163,335	-	(5,446)
Community Mental Health	697	479,505	391,214	569,657	-	301,062
Suicide Prevention Strategy	698	61,549	26,451	38,504	-	49,496
AHTF Adaptation Plan - Clinical Projects	802	651,619	12,344	649,799	-	14,164
AHTF Integration Plan - Mental Health	806	825,135	-	741,410	-	83,725
Other funds						
Best Practices for Elders' Residences	812	4,220	-	-	-	4,220
Liaison Agent Training Program	813	52,263	-	-	-	52,263
Ulluriaq Adolescent Centre	817	332,876	3,240,096	3,572,972	-	-
Organization of Services - Nursing	927	(60,000)	60,000	-	-	-
Suicide Prevention	963	69,439	-	38,488	-	30,951
Youth Protection Reorganization	9007	-	132,124	151,499	-	(19,375)
National Training Program	9076	86,264	19,463	47,732	-	57,995
		5,557,717	7,670,070	9,974,261	10,908	3,264,434
		8,055,173	44,758,509	47,145,041	(601)	5,668,040

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
NOTES TO SUMMARY FINANCIAL STATEMENTS
MARCH 31, 2011

1. REPORTING ENTITY

Nunavik Regional Board of Health and Social Services is an organization created in pursuance of the James Bay Agreement. As of May 1st, 1995, the rights and obligations of the Kativik CRSSS has become the rights and obligations of the Nunavik Regional Board of Health and Social Services.

2. ACCOUNTS RECEIVABLE

	2011 $	2010 $
a) Operating Fund		
Health and Social Services	1,507,245	235,805
Employee Advances	6,957	4,237
GST/QST Rebates	517,889	885,959
Inuulitsivik Health Centre	302,253	71,753
Tulattavik Health Centre	312,095	72,721
Other	239,582	63,769
	2,886,021	1,334,244
Provision for Bad Debts	(113,127)	(29,944)
	2,772,894	1,304,300
b) Assigned Fund		
Indian and Northern Affairs Canada	143,522	76,238
Health Canada	749,305	1,016,590
Health and Social Services - INIHB (note 9)	54,651,981	43,012,715
Health and Social Services - Various	1,714,527	-
Inuulitsivik Health Centre	-	135,647
Tulattavik Health Centre	-	270,297
Other	154,225	1,522,544
	57,413,560	46,034,031
c) Long-Term Assets Fund		
GST/QST Rebates	-	27,984
Health and Social Services - Bonds	19,633,009	20,283,429
Financement-Québec	56,517,154	48,367,931
	76,150,163	68,679,344

3. CAPITAL ASSETS

The capital assets are composed of the following:

	2011 $	2010 $
Computer and Office Equipment	**2,742,983**	2,742,983
Housing Furniture	**332,770**	332,770
Housing Units	**7,552,909**	6,123,515
Office Building	**6,249,066**	3,928,743
Specialized Equipment	**93,937**	70,306
Vehicles	**137,295**	98,085
	17,108,960	13,296,402

4. DEFERRED REVENUE

The deferred revenue is composed of the following:

	2011 $	2010 $
Unclaimed GST/QST payments	-	117,073
Regional Envelop	-	116,250
	-	233,323

5. BANK LOANS - LONG-TERM ASSETS FUND

The bank loans are used to cover capital expenses, awaiting the reception of the funds from Financement-Québec. They are composed of ten (10) revolving authorized credit margins with the Canadian Imperial Bank of Commerce, bearing interest at prime rate and maturing at different dates.

6. BANK LOAN - CONSTRUCTION

A bank loan was contracted for the construction of the duplexes in Kuujjuaq, the said loan was issued by the Canadian Imperial Bank of Commerce on March 1, 2002 at an interest rate of 5.910% and maturing on March 1, 2027. Payments of principal and interest are considered as an expense of the Operating Fund. The balance of the loan at year-end is $1,763,732.

7. PREVIOUS YEARS' ANALYSIS

The MSSS final analyses of the 2003-2004, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007, 2007-2008, 2008-2009 and 2009-2010 financial reports were not available at the time of issuance of the present financial statements. Any adjustments resulting from these analyses will be reflected in the 2011-2012 financial statements.

8. INTERFUND ACCOUNTS

The Regional Board operates one bank account for the Operating Fund and the Assigned Fund; certain transactions can also include the Long-term Assets Fund. At year-end, interfunds transactions are accounted for and presented as “Due to” and “Due from” one fund to the other.

9. INSURED AND NON-INSURED HEALTH BENEFITS

The Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS) signed a specific agreement with MSSS in relation to the Insured and Non-Insured Health Benefits (INIHB) on Feburary 15, 2011.

Based on this agreement, the NRBHSS had the direct responsibility for the management of the INIHB and its related funds. For this purpose the NRBHSS was to elaborate, approve and implement specific policies and procedures for the administration of the program.

However, such policies and procedures did not exist during the 2009-2010 financial year. Only an update of the patients' transportation policy was approved during the 2005-2006 financial year. This policy does not cover all the specific criteria of the INIHB and it is followed and applied only in part. Furthermore, a portion of the funds received by the NRBHSS for the INIHB was reimbursed to the establishments upon presentation of invoices, without any conditions or guidelines.

Due to the absence of the policies and procedures, the specific audit mandate related to INIHB could not be conducted on the majority of the activities and funds related to INIHB.

Only the portion of the program related to eyeglasses, dental prosthesis as well as medications, medical supplies and equipment outside the region was subject to a special audit. This portion represents about 3% of the total cost of the INIHB. Following is the outcome of this audit:

- The related policies and procedures of Health Canada are followed and applied. A derived draft policy of the NRBHSS was available but no proof of its approval by the Board;
- All expenses could be traced to patients' names on the beneficiaries list;
- Since 2004-2005 is the first year of application of the INIHB, no historical data was available. It was however clear that eyeglasses and dental prosthesis were claimed only once by the same patient;
- The disbursements related to medications outside the region were not always in line with the list of approved medications of Health Canada. The list of medications of the RAMQ was also used at times;
- It was not evident that generic medications were favoured at all times.

9. INSURED AND NON-INSURED HEALTH BENEFITS (CONT'D)

In addition, as at the date of issuance of the present financial statements, the MSSS did not confirm the balance of the funds payable to the NRBHSS in relation to the INIHB. This balance is recorded as part of the accounts receivable as follows:

	$
2005-2006	5,089,613
2006-2007	6,174,464
2007-2008	6,446,326
2008-2009	12,231,625
2009-2010	13,070,687
2010-2011	11,639,266
	54,651,981

10. PURCHASING PROCEDURES

The Regional Board does not have approved purchasing policies and procedures and certain purchases were conducted without proper calls for tender.

11. NEW HOUSING UNITS

During the financial year 2007-2008, the Regional Board undertook a project to construct twenty-six (26) new staff housing units, for the Regional Board's (six (6) units) as well as those of the Tulattavik and Inuulitsivik Health Centres (ten (10) units each).

In 2008-2009, the Regional Board constructed fifty-four (54) new housing units. These units are for the Regional Board's staff members: six (6) units; for the Tulattavik Health Centre: twenty-five (25) units; and for the Inuulitsivik Health Centre: twenty-three (23) units.

Also in 2009-2010, the Regional Board contructed fifty (50) new staff housing units. These units are for the Board's staff members: four (4) units; for the Tulattavik Health Centre: twenty-three (23) units; and for the Inuulitsivik Health Centre: twenty-three (23) units.

As at March 31, 2011, the total accumulated cost of construction amounted to $11,239,244 for the 2009-2010 units, $21,009,886 for the 2008-2009 units and $10,024,156 for the 2007-2008 units. These construction projects were managed and temporarily financed by Financement-Québec.

In the financial year 2011-2012, after closing the construction projects, the capital cost and the long-term debt related to the construction of the housing units will be recorded in the financial statements of the respective establishments.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK

SOMMAIRE ÉTATS FINANCIERS

31 MARS 2011

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
SOMMAIRE ÉTATS FINANCIERS
31 MARS 2011

TABLE DES MATIÈRES

	Page
FONDS D'EXPLOITATION	
BILAN	1
ÉTAT DE L'ÉVOLUTION DU SOLDE DE FONDS	2
ÉTAT DES PRODUITS ET DES CHARGES	3
FONDS D'IMMOBILISATIONS	
BILAN	4
ÉTAT DE L'ÉVOLUTION DU SOLDE DE FONDS	5
ÉTAT DES PRODUITS ET DES CHARGES	6
FONDS AFFECTÉS	
BILAN	7
ÉTAT DE L'ÉVOLUTION DU SOLDE DE FONDS	8
NOTES COMPLÉMENTAIRES	11

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS D'EXPLOITATION - BILAN
31 MARS 2011

	2011 $	2010 $
ACTIF		
ENCAISSE	**532,210**	2,214,895
DÉBITEURS (note 2 a))	**2,772,894**	1,304,300
	3,305,104	3,519,195
PASSIF		
CRÉDITEURS ET DETTES COURUES	**3,138,908**	1,098,327
MONTANT DÛ AUX FONDS D'IMMOBILISATIONS (note 8)	**131,425**	132,368
MONTANT DÛ AUX FONDS AFFECTÉS (note 8)	**5,758,994**	7,665,051
REVENU REPORTÉ (note 4)	**-**	233,323
	9,029,327	9,129,069
SOLDE DE FONDS		
SOLDE DE FONDS	**(5,724,223)**	(5,609,874)
	(5,724,223)	(5,609,874)
	3,305,104	3,519,195

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS D'EXPOITATION
ÉTAT DE L'ÉVOLUTION DU SOLDE DE FONDS
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2011

	2011 $	2010 $
SOLDE DE FONDS AU DÉBUT DE L'EXERCICE	**(5,609,874)**	(4,505,814)
Ajustement - Années antérieures:		
- Ajustement général - Paiement au Ministère de la Santé et des Services Sociaux	**500,000**	-
- Annulation d'un montant payable au Centre de Santé Inuulitsivik	-	231,737
- Transfert du déficit d'un fonds affecté (planification stratégique)	-	(361,634)
Excédent (insuffisance) des produits sur les charges - Opérations régulières	**(614,349)**	(938,883)
Excédent (insuffisance) des produits sur les charges - Projets spéciaux	-	(35,280)
SOLDE DE FONDS À LA FIN DE L'EXERCICE	**(5,724,223)**	(5,609,874)

Au 31 mars 2011, le solde est composé comme suit:

Opérations régulières	**(5,751,088)**	(5,636,739)
Projets spéciaux		
- Planification et Programmation - Rétention des infirmières (#792)	**26,865**	26,865
	(5,724,223)	(5,609,874)

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS D'EXPLOITATION
ÉTAT DES PRODUITS ET DES CHARGES
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2011

	2011 $	2010 $
PRODUITS		
Ministère de la Santé et des Services Sociaux	**5,404,509**	4,507,335
Dossier Santé Québec	**20,798**	96,530
Location de résidences	**561,335**	578,239
Affaires municipales	**281,208**	267,572
Charges administratives	**301,467**	189,461
Intérêts	**7,612**	7,357
Autres revenus	**5,525**	156,887
	6,582,454	5,803,381
REVENU REPORTÉ AU DÉBUT DE L'EXERCICE	**233,323**	125,000
REVENU REPORTÉ À LA FIN DE L'EXERCICE (note 4)	**-**	(233,323)
	233,323	(108,323)
	6,815,777	5,695,058
CHARGES		
Administration générale	**5,837,151**	5,001,410
Conseillers en santé communautaire	**922,322**	1,047,024
Charges d'opération du bâtiment	**670,653**	585,507
	7,430,126	6,633,941
EXCÉDENT (INSUFFISANCE) DES PRODUITS SUR LES CHARGES	**(614,349)**	(938,883)

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS D'IMMOBILISATIONS - BILAN
31 MARS 2011

	2011 $	2010 $
ACTIF		
ACTIF À COURT TERME		
ENCAISSE	**92,615**	26,510
MONTANT À RECEVOIR DU FONDS D'EXPLOITATION (note 8)	**131,425**	132,368
DÉBITEURS (note 2 c))	**76,150,163**	68,679,344
	76,374,203	68,838,222
IMMOBILISATIONS (note 3)	**17,108,960**	13,296,402
	93,483,163	82,134,624
PASSIF		
PASSIF À COURT TERME		
EMPRUNTS BANCAIRES (note 5)	**8,151,572**	5,476,121
CRÉDITEURS ET FRAIS COURUS	**33,332**	33,332
FINANCEMENT TEMPORAIRE	**48,556,290**	43,045,341
PORTION À COURT TERME DES OBLIGATIONS À PAYER	**1,542,534**	2,151,654
	58,283,728	50,706,448
OBLIGATIONS À PAYER	**18,090,475**	18,131,774
	76,374,203	68,838,222
SOLDE DE FONDS		
SOLDE DE FONDS	**17,108,960**	13,296,402
	17,108,960	13,296,402
	93,483,163	82,134,624

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS D'IMMOBILISATIONS
ÉTAT DE L'ÉVOLUTION DU SOLDE DE FONDS
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2011

	2011 $	2010 $
SOLDE DE FONDS AU DÉBUT DE L'EXERCICE	**13,296,402**	12,953,537
Immobilisations acquises par le fonds d'exploitation	**387,267**	40,571
Immobilisations acquises par les fonds affectés	-	110,692
Immobilisations acquises par les fonds d'immobilisations	**3,425,291**	191,602
SOLDE DE FONDS À LA FIN DE L'EXERCICE	**17,108,960**	13,296,402

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS D'IMMOBILISATIONS - ÉTAT DES PRODUITS ET DES CHARGES
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2011

	2011 $	2010 $
PRODUITS		
Ministère de la Santé et des Services Sociaux	**848,124**	334,970
Financement-Québec	**11,101,296**	8,217,212
	11,949,420	8,552,182
CHARGES		
Intérêts	**1,311,370**	1,119,945
Ordinateurs et matériel informatique	**-**	2,635
Mobilier de maison	**-**	13,890
Maison	**1,080,394**	125,124
Bâtiment	**2,320,323**	86,837
Matériel spécial	**23,631**	4,290
Véhicules	**943**	-
Centre de Santé Inuulitsivik - Équipement	**1,215,923**	800,165
Centre de Santé Inuulitsivik - Mobilier	**-**	92,356
Centre de Santé Inuulitsivik - Entretien de l'actif	**2,893,097**	3,028,329
Centre de Santé Tulattavik - CHSLD	**-**	99,503
Centre de Santé Tulattavik - Équipement	**716,721**	696,268
Centre de Santé Tulattavik - Mobilier	**-**	144,786
Centre de Santé Tulattavik - Entretien de l'actif	**2,387,018**	2,338,054
	11,949,420	8,552,182
EXCÉDENT (INSUFFISANCE) DES PRODUITS SUR LES CHARGES	**-**	**-**

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS AFFECTÉS - BILAN
31 MARS 2011

	2011 $	2010 $
ACTIF		
MONTANT À RECEVOIR DU FONDS D'EXPLOITATION (note 8)	**5,758,994**	7,665,051
DÉBITEURS (note 2 b))	**57,413,560**	46,034,031
	63,172,554	53,699,082
PASSIF		
CRÉDITEURS ET FRAIS COURUS	**57,504,514**	45,643,909
	57,504,514	45,643,909
SOLDE DE FONDS		
SOLDE DE FONDS	**5,668,040**	8,055,173
	5,668,040	8,055,173
	63,172,554	**53,699,082**

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS AFFECTÉS - ÉTAT DE L'ÉVOLUTION DU SOLDE DE FONDS
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2011

	Numéro de projet	Solde de fonds au début de l'exercice $	Produits $	Charges $	Ajustement année antérieure $	Solde de fonds à la fin de l'exercice $
ADMINISTRATION						
Fonds provinciaux						
Construction de résidences	701	(77,186)	-	-	-	(77,186)
PACS Téléradiologie	702	(49,052)	-	-	-	(49,052)
MEO Orientation technologique	759	29,291	-	-	-	29,291
Mesures d'urgence	998	116,907	819,404	853,197	-	83,114
Projet d'mélioration de la bande passante	8860	-	500,000	140,065	-	359,935
Autres Fonds						
Plan régional lutte pandémie d'influenza	8001	(34,151)	-	-	-	(34,151)
Technocentre	8840	-	275,328	275,328	-	-
Services d'administration régionale	8891-92	-	318,684	165,050	-	153,634
		(14,191)	1,913,416	1,433,640	-	465,585
RESSOURCES HUMAINES						
Fonds provinciaux						
Formation des Inuits sur la terminologie médica	8022	-	107,289	-	-	107,289
Fonds fédéraux						
Initiative ressources humaine en santé autochtone	811	382,372	177,086	187,534	-	371,924
Autres Fonds						
Formation des employés, protection de la jeunesse	818	315,759	68,532	393,209	-	(8,918)
		698,131	352,907	580,743	-	470,295
VALEURS INUIT						
Fonds provinciaux						
Développement du personnel cadre	610	4,975	-	5,391	-	(416)
Programme des sages-femmes	901	23,506	-	11,308	-	12,198
Programme régional des sages-femmes	8016	84,000	-	-	-	84,000
Fonds fédéraux						
Grandir ensemble	699	26,748	1,127,145	1,084,795	1,091	70,189
Pensionnat Indien	819	-	282,656	123,185	-	159,471
Autres fonds						
Fondation de guérison	800	-	18,077	32,586	-	(14,509)
ITK - Coordonateur régional	804	106,710	175,000	199,027	-	82,683
Dossier pensionnat	808	32,554	(32,554)	-	-	-
Certificat en santé et administration de services sociaux	814	(500)	-	-	-	(500)
Travailleurs sociaux du projet McGill	815	38,073	-	-	-	38,073
		316,066	1,570,324	1,456,292	1,091	431,189
SERVICES À L'EXTÉRIEUR DE LA RÉGION						
Fonds provinciaux						
Programme des services assurés/non-assurés	938	-	30,860,891	30,860,891	-	-
Gestion des services assurés/non-assurés	939	84,533	321,796	355,398	-	50,931
		84,533	31,182,687	31,216,289	-	50,931

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS AFFECTÉS - ÉTAT DU SOLDE DE FONDS (SUITE)
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2011

	Numéro de projet	Solde de fonds au début de l'exercice $	Produits $	Charges $	Ajustement année antérieure $	Solde de fonds à la fin de l'exercice $
SANTÉ PUBLIQUE						
Fonds provinciaux						
Plan d'action de lutte au tabagisme	913	(3,070)	-	-	-	(3,070)
Programme de sécurité des aliments	915	12,064	-	-	-	12,064
Dépistage du cancer du sein - Volet régional	916	(1,178)	-	-	-	(1,178)
Campagne publicitaire anti-tabac	926	-	58,322	40,596	-	17,726
Kynésiologie	931	298,081	-	87,116	-	210,965
Sida et MTS - Information et prévention	956	(51,847)	161,370	77,690	-	31,833
Hépatite C	959	7,535	1,800	-	-	9,335
Infections nosocomiales	960	1,880	-	-	-	1,880
Projet de recherche STBI	968	(22,921)	46,285	4,795	-	18,569
Promotion de l'allaitement	8004	410	-	-	-	410
Qualité de l'air pour les résidents du Nunavik	8017	13,410	-	-	-	13,410
PSSP Frais de gestion	8019	-	14,000	-	-	14,000
Fonds fédéraux						
Consultation santé	600	(12,500)	-	-	(37,500)	(50,000)
NNHC Fonctionnement	614	12,354	108,963	108,928	-	12,389
Programme de tabagisme fédéral	631	(33,066)	-	-	-	(33,066)
NNHC Communication	632	9,886	15,065	14,883	-	10,068
FASD	634	231,060	270,702	310,049	-	191,713
Diabète	693	32,434	557,148	520,352	24,900	94,130
Programme de nutrition périnatale	696	132,729	163,467	296,174	-	22
AHTF - École en santé	809	275,409	-	178,074	-	97,335
Nutrition du Nord	820	-	245,250	230,596	-	14,654
Autres fonds						
Santé et sécurité au travail	611	224,415	318,622	394,556	-	148,481
Kino-Québec	612	40,745	52,192	6,000	-	86,937
Recherche sur la prévention des blessures	655	4,915	-	-	-	4,915
Vaccins B - Sec. 5	660	148,231	-	73,830	-	74,401
Projet réseau Arctique	668	26,109	-	-	-	26,109
Enquête sur la santé des Inuits	690	(73,561)	-	-	-	(73,561)
Santé dentaire pour école primaire	803	11,305	-	-	-	11,305
Alphabétisation - "Comment j'ai cessé de fumer"	805	43,010	-	-	-	43,010
NAHO Analyste en santé	807	84,521	75	84,082	-	514
Campagne pour naître sans fumée	816	557	55,844	56,095	-	306
		1,412,917	2,069,105	2,483,816	(12,600)	985,606
PLANIFICATION ET PROGRAMMATION						
Fonds provinciaux						
Cadres - Adaptation de la main d'œuvre	640	12,233	-	11,803	-	430
Formation trousse médico-légale	790	408,284	45,729	432,939	-	21,074
Programme de santé des femmes	791	242,495	-	76,176	-	166,319
Primes d'installation et formation	920-921-923	426,680	800,260	683,064	-	543,876
Stage de résidence en médecine familiale	922	(427,078)	-	18,803	-	(445,881)
Comités régionaux contre la Violence	932	-	65,000	-	-	65,000
Cancer	962	40,250	-	-	-	40,250
Déficience physique et intellectuelle	967	17,702	-	17,702	-	-
Déficience intellectuelle - Support familial	971	47,626	-	47,626	-	-

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS AFFECTÉS - ÉTAT DU SOLDE DE FONDS (SUITE)
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2011

	Numéro de projet	Solde de fonds au début de l'exercice $	Produits $	Charges $	Ajustement année antérieure $	Solde de fonds à la fin de l'exercice $
PLANIFICATION ET PROGRAMMATION (SUITE)						
Fonds provinciaux (suite)						
Jeunes parents	972	25,096	-	35,121	-	(10,025)
Formation - Infirmières, travailleurs sociaux	977	48,780	-	5,844	-	42,936
Santé mentale - Formation gestion de crises	8005	54,086	-	53,392	-	694
Prévention du suicide - Formation	8006	153,032	159,213	9,042	-	303,203
Violence contre la femme - Formation	8007	185,332	102,913	64,850	-	223,395
Organisation communautaire - Formation	8008	230,568	-	-	-	230,568
Santé mentale - Support pour projets cliniques	8009	274,704	-	-	-	274,704
Prévention du suicide - Stratégie régionale	8010	512,294	-	-	-	512,294
Cancer du sein - Diagnostique et support au patient	8011	8,799	-	4,990	-	3,809
Services aux aînés	8012	92,159	-	25,000	-	67,159
Formation - Adaptation de la main d'œuvre	8013	57,558	-	-	-	57,558
Formation des intervenants - Jeunes contrevenants	8014	1,895	-	1,895	-	-
Équipe d'intervention sur les agressions sexuelles	8015	56,143	-	-	-	56,143
Dépendances	8020	-	160,000	26,659	-	133,341
Formation - Attention & Hyperactivités	8021	-	60,721	-	-	60,721
Prévention de la maltraitance des personnes âgées	8023	-	27,555	-	-	27,555
Programme jeunesse - Coordonnateur régional	9008	-	133,386	219,429	-	(86,043)
Formation sur la gestion des crises	9052	41,192	-	3,806	-	37,386
Santé mentale communautaire	9053	120,330	-	-	-	120,330
Troubles de la parole - Formation Centres de la Petite Enfance	9075	205,116	-	78,984	-	126,132
Comité psychosocial	9077	68,482	-	47,390	-	21,092
Troubles de la parole - Développement du programme	9078	13,217	-	12,266	-	951
CLSC - Développement régional stratégique	9079	13,400	-	-	-	13,400
Troubles de développement - Comité régional	9080	17,185	20,569	-	-	37,754
Déficience intellectuelle - Tableau d'évaluation	9081	13,704	-	-	-	13,704
Fonds fédéraux						
Soins à domicile	618	92,022	2,018,088	2,099,051	10,908	21,967
Soins aux adultes invalides	694	12,872	25,744	25,033	-	13,583
Violence familiale	695	(11,311)	169,200	163,335	-	(5,446)
Santé mentale communautaire	697	479,505	391,214	569,657	-	301,062
Stratégie pour la prévention du suicide	698	61,549	26,451	38,504	-	49,496
AHTF plan d'adaptation - Projets cliniques	802	651,619	12,344	649,799	-	14,164
AHTF plan d'intégration - Santé mentale	806	825,135	-	741,410	-	83,725
Autres fonds						
Meilleures pratiques pour les résidences des aînés	812	4,220	-	-	-	4,220
Programme de formation - Agent de liaison	813	52,263	-	-	-	52,263
Centre d'adolescents Ulluriaq	817	332,876	3,240,096	3,572,972	-	-
Organisation des services - Infirmerie	927	(60,000)	60,000	-	-	-
Prévention du suicide	963	69,439	-	38,488	-	30,951
Réorganisation protection de la jeunesse	9007	-	132,124	151,499	-	(19,375)
Programme national de formation	9076	86,264	19,463	47,732	-	57,995
		5,557,717	7,670,070	9,974,261	10,908	3,264,434
		8,055,173	44,758,509	47,145,041	(601)	5,668,040

1. ENTITÉ COMPTABLE

La Régie régionale de la Santé et des Services Sociaux Nunavik est un organisme créé dans le cadre de la convention de la Baie James. En date du 1er mai 1995, les droits et obligations du C.R.S.S.S. - Kativik ont été transférés à la Régie régionale de la Santé et des Services Sociaux Nunavik.

2. DÉBITEURS

	2011 $	2010 $
a) Fonds d'administration générale		
Ministère de la Santé et des Services Sociaux	**1,507,245**	235,805
Avances aux employés	**6,957**	4,237
Récupération de TPS/TVQ	**517,889**	885,959
Centre de Santé Inuulitsivik	**302,253**	71,753
Centre de Santé Tulattavik	**312,095**	72,721
Autres	**239,582**	63,769
	2,886,021	1,334,244
Provision pour mauvaises créances	**(113,127)**	(29,944)
	2,772,894	1,304,300
b) Fonds affectés		
Affaires Indiennes et du Nord Canada	**143,522**	76,238
Santé Canada	**749,305**	1,016,590
Ministère de la Santé et des Services Sociaux - SANA (note 9)	**54,651,981**	43,012,715
Ministère de la Santé et des Services Sociaux - Divers	**1,714,527**	-
Centre de Santé Inuulitsivik	**-**	135,647
Centre de Santé Tulattavik	**-**	270,297
Autres	**154,225**	1,522,544
	57,413,560	46,034,031
c) Fonds d'immobilisations		
Récupération de TPS/TVQ	**-**	27,984
Ministère de la Santé et des Services Sociaux - Obligations	**19,633,009**	20,283,429
Financement-Québec	**56,517,154**	48,367,931
	76,150,163	68,679,344

3. IMMOBILISATIONS

Les immobilisations sont composés comme suit:

	2011 $	2010 $
Ordinateurs et matériel informatique	**2,742,983**	2,742,983
Mobilier de maison	**332,770**	332,770
Maison	**7,552,909**	6,123,515
Bâtiment	**6,249,066**	3,928,743
Matériel spécial	**93,937**	70,306
Véhicules	**137,295**	98,085
	17,108,960	13,296,402

4. REVENU REPORTÉ

Le revenu reporté est composé comme suit:

	2011 $	2010 $
Remboursements non réclamés - TPS/TVQ	-	117,073
Enveloppe régionale	-	116,250
	-	233,323

5. EMPRUNTS BANCAIRES - FONDS D'IMMOBILISATIONS

Les emprunts bancaires sont utilisés pour financer temporairement les achats d'actifs à long terme jusqu'à l'encaissement des fonds de la Corporation d'hébergement du Québec. Ils consistent en dix (10) marges de crédit auprès de la Banque Canadienne Impériale de Commerce, portent intérêt au taux préférentiel de la Banque et viennent à échéance à différentes dates.

6. EMPRUNT BANCAIRE - CONSTRUCTION

Un emprunt bancaire a été obtenu pour la construction de duplexes à Kuujjuaq. Il a été émis par la Banque Canadienne Impériale de Commerce le 1er mars 2002 à un taux d'intérêt de 5,910 % et vient à échéance le 1er mars 2027. Les paiements en capital et intérêts font partie des dépenses du fonds d'exploitation. La balance de cet emprunt à la fin de l'année est de 1,763,732 $.

7. ANALYSE DES ANNÉES ANTÉRIEURES

Les analyses finales des rapports financiers 2003-2004, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007, 2007-2008, 2008-2009 and 2009-2010 par le MSSS n'étaient pas disponibles au moment de la sortie des présents états financiers. Tout ajustement résultant de ces analyses sera reflété dans les états financiers de l'année 2011-2012.

8. COMPTES INTERFONDS

La Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux du Nunavik utilise un seul compte de banque pour les fonds d'exploitation et les fonds affectés. Certains tansactions peuvent aussi inclure les fonds d'immobilisations. À la fin de l'exercice, les transactions interfonds sont comptabilisées et présentées comme "montant dû" et "montant à recevoir" d'un fonds à l'autre.

9. SERVICES ASSURÉS ET NON-ASSURÉS

La Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux du Nunavik (RRSSSN) a signé une entente spécifique avec le MSSS reliée aux services assurés/non-assurés (SANA) le 15 février 2011.

Selon cette entente, la RRSSSN détient la responsabilité directe de la gestion des SANA et de ses fonds. Pour ce faire, la RRSSSN devait élaborer, approuver et appliquer des politiques et procédures spécifiques pour l'administration du programme.

Cependant, ces politiques et procédures n'existaient pas au courant de l'année financière 2009-2010. Seule une politique concernant le transport des patients a été approuvée au cours de l'année 2005-2006. Cette politique n'est suivie et appliquée qu'en partie et ne couvre pas tous les critères spécifiques des SANA. De plus, une portion des fonds reçus par la RRSSSN pour les SANA ont été transférés aux établissements sur présentation de factures, sans aucune condition ou ligne de conduite.

Étant donné l'absence de politiques et de procédure, le mandat de vérification spécifique aux SANA n'a pu être conduit sur la majorité des activités et fonds reliés aux SANA.

Seulement la portion du programme reliée aux lunettes, prothèses dentaires ainsi qu'aux médicaments, fournitures médicales et équipements à l'extérieur de la région a fait l'objet d'une vérification spéciale. Cette portion représente environ 3 % des coûts totaux des SANA. La liste qui suit présente ce qui ressort de cette vérification:

- Les politiques et procédures à ce sujet de Santé Canada sont suivies et appliquées. Un projet de politique dérivé était disponible sans qu'il n'y ait aucune preuve de son approbation par le Conseil;
- Toutes les dépenses ont pu être retracées aux noms des patients et à la liste des bénéficiaires;
- Comme l'année 2004-2005 est la première de l'application des SANA, aucune donnée historique n'était disponible. Cependant, il était clair que les lunettes et prothèses dentaires n'étaient réclamées qu'une seule fois par le même patient;
- La dépense reliée aux médicaments à l'extérieur de la région n'était pas toujours alignée avec la liste des médicaments approuvés par Santé Canada. La liste des médicaments de la RAMQ était parfois utilisée;
- Il n'était pas évident que les médicaments génériques étaient en tout temps favorisés.

9. SERVICES ASSURÉS ET NON-ASSURÉS (SUITE)

De plus, le ministère de la Santé et des Services Sociaux n'a pas confirmé le solde à payer à la RRSSSN en lien avec les SANA. Ce solde inclus dans les comptes à recevoir se détaille comme suit:

	$
2005-2006	5,089,613
2006-2007	6,174,464
2007-2008	6,446,326
2008-2009	12,231,625
2009-2010	13,070,687
2010-2011	11,639,266
	54,651,981

10. PROCÉDURES D'APPROVISIONNEMENT

La Régie régionale n'a pas de politiques ou de procédures d'approvisionnement approuvées et certains achats ont été effectués sans appel d'offres et la plupart des services achetés ne sont pas accompagnés de contrats valides.

11. NOUVELLES UNITÉS DE LOGEMENT

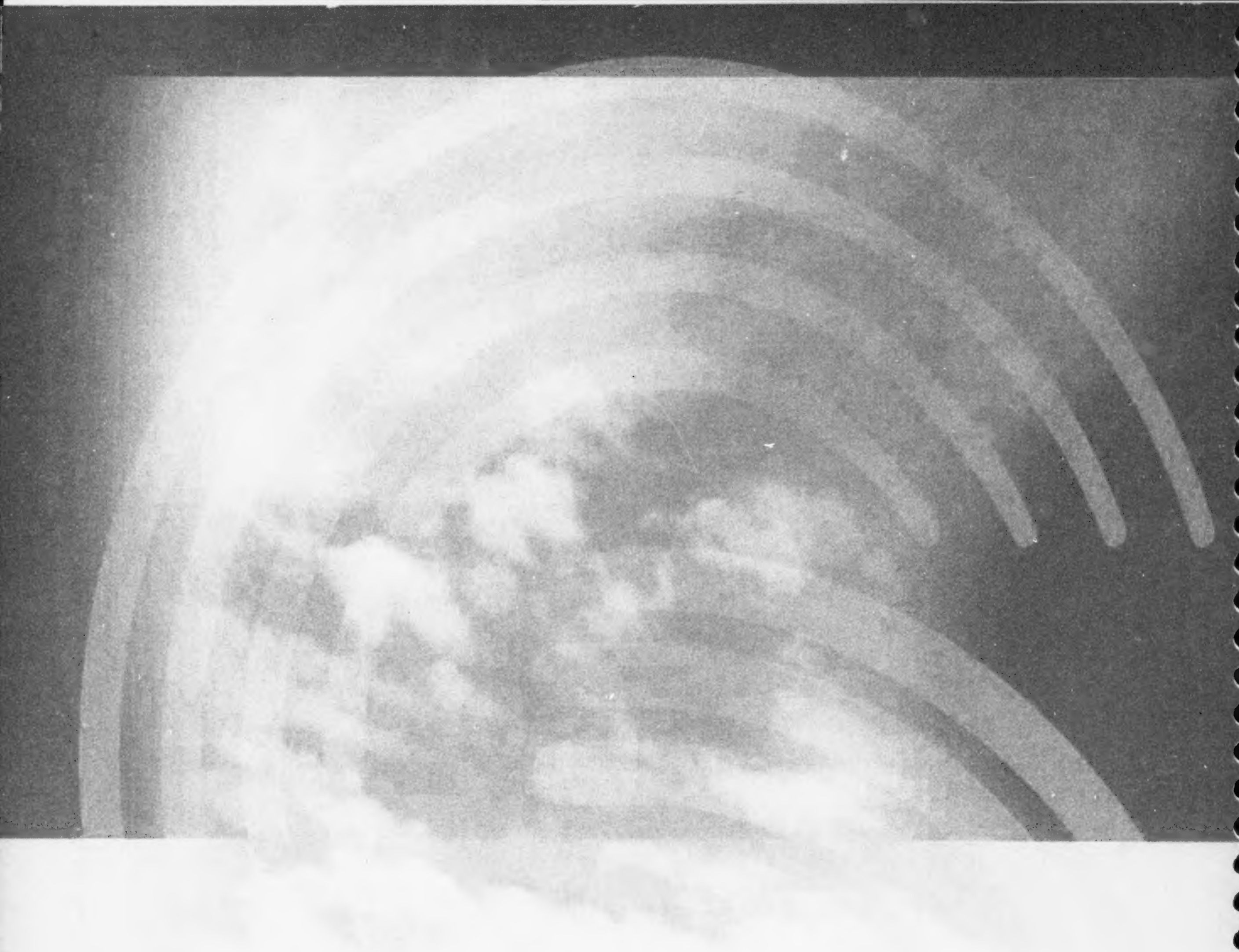
Durant l'année financière 2007-2008, la Régie régionale a entrepris un projet menant à la construction de vingt-six (26) nouvelles unités d'hébergement, pour la Régie (six (6) unités) comme celles des Centres de Santé Tulattavik et Inuulitsivik (dix (10) unités chaque).

En 2008-2009, la Régie régionale a construit cinquante-quatre (54) nouvelles unités d'hébergement. Ces unités sont pour les membres de la Régie: six (6) unités; pour le Centre de Santé Tulattavik: vingt-cinq (25) unités et pour le Centre de Santé Inuulitsivik: vingt-trois (23) unités.

Aussi, en 2009-2010, la Régie régionale a entrepris un projet de construction de cinquante (50) nouvelles unités d'hébergement pour les employés. Ces unités sont pour les membres de la Régie: quatre (4) unités; pour le Centre de Santé Tulattavik: vingt-trois (23) unités et pour le Centre de Santé Inuulitsivik: vingt-trois (23) unités.

Au 31 mars 2011, le coût de construction s'élevait à 11 239 244 $ pour les unités de 2009-2010, 21 009 886 $ pour les unités de 2008-2009 et 10 024 156 $ pour celles de 2007-2008. Ces projets sont gérés et temporairement financés par le Financement-Québec.

Pendant l'année financière 2011-2012, à la fermeture des projets, les coûts et la dette à long-terme reliés à ces projets seront transférés aux états financiers des établissements concernés.



C.P. / P.O. BOX 900 KUUJJUAQ (QUÉBEC) J0M 1C0
ᐅᖃᓚᐅᑎᖅᒪᑦ/ Tel: 819 964-2222
ᑐᑲᑦᓯᑯᑦ / Fax: 819 964-2888
www.rrsss17.gouv.qc.ca